

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)**

Выпускная квалификационная работа на тему:
***«Изучение эффективности психологического вмешательства в рамках
существующей в Санкт-Петербурге системы медико-психиатрической помощи»***
по специальности 37.05.01 – «Клиническая психология»
основная образовательная программа: «Клиническая психодиагностика, консультирование
и психотерапия»

Выполнил:
Студент 6 курса
очного отделения
Ревин Константин Сергеевич.
_____ (подпись)

Научный руководитель:
Кандидат психологических наук, ассистент
кафедры медицинской психологии и
психофизиологии
Тромбиньски Петр Крыстиан.
_____ (подпись)

Рецензент:
Медицинский психолог, СПб ГКУЗ «ПНД №4»,
Тимофеева К В.
_____ (подпись)

Санкт-Петербург
2018

Содержание

<i>Аннотация</i>	4
<i>Введение</i>	6
<i>Глава 1. Оценка эффективности психологического вмешательства</i>	11
1.1. Современное состояние группы расстройств невротического спектра.....	11
1.2. Психологическое вмешательство.....	14
1.3. Историческая перспектива исследований психологического вмешательства..	15
1.3.1. Критерии эффективности психотерапии, традиционно применяемые в личностно-ориентированном (реконструктивном) подходе.....	19
1.3.2. Факторы эффективности психотерапии, фигурирующие в зарубежных исследованиях.	22
1.5. Общая характеристика групповой психотерапии как метода психотерапевтического воздействия.	26
1.6. Подходы к реализации системы групповой психотерапии в клинике невротических расстройств.....	27
1.7. Основные принципы реализации медико-психиатрической помощи пациентам с расстройствами невротического спектра	29
<i>Глава 2. Материал и методы исследования</i>	33
2.1. Процедура исследования	33
2.2. Характеристика выборки.....	34
2.3. Характеристика диагностических групп	36
2.4. Методы исследования.....	39
2.4.1. Описание методики «KON 2006».....	39
2.4.2. «Симптоматический опросник Александровича».....	44
2.4.3. Опросник «SF-36»	47
2.4.4. Опросник жизнестойкости Мадди	49
2.4.5. Полуструктурированное интервью.....	51
<i>Глава 3. Результаты исследования</i>	53
3.1. Изучение динамики невротических черт личности в процессе психологического вмешательства.....	53

3.1.1. Изменения выраженности невротических черт личности у пациентов Психоневрологических диспансеров.	54
3.1.2. Изменения выраженности невротических черт личности у пациентов Клиники.	58
3.2. Изучение клинической симптоматики в процессе психологического вмешательства.....	61
3.2.1. Изучение динамики клинической симптоматики пациентов Психоневрологических диспансеров.	63
3.2.2. Изучение динамики клинической симптоматики у пациентов Клиники.....	65
3.3. Изучение изменения жизнестойкости в процессе психологического вмешательства.....	68
3.3.1. Изучение динамики жизнестойкости в процессе психологического вмешательства по результатам пациентов Психоневрологических диспансеров.....	69
3.3.2. Изучение динамики жизнестойкости в процессе психологического вмешательства по результатам пациентов Клиники.	70
3.4. Динамика качества жизни в течение психологического вмешательства.	71
3.4.1. Изучение динамики качества жизни у пациентов Психоневрологических диспансеров.....	72
3.4.2. Изучение динамики качества жизни у пациентов Клиники.	73
3.5. Исследование субъективной оценки получаемого лечения.	74
3.6. Изучение взаимосвязей исследованных показателей среди обследованной выборки.	77
3.7. Исследование влияния социодемографических характеристик на изменение клинико-психологических показателей в ходе терапии.	82
3.8. Результаты оценки силы эффекта в изменении показателей выраженности невротических черт личности, клинической симптоматики, качества жизни и жизнестойкости.	83
3.9. Обсуждение и интерпретация результатов исследования.....	85
Выводы.....	91
Заключение	93
Список использованных источников.....	95

<i>Приложения</i>	<i>101</i>
<i> Приложение 1</i>	<i>101</i>
<i> Приложение 2</i>	<i>111</i>
<i> Приложение 3</i>	<i>118</i>
<i> Приложение 4</i>	<i>121</i>
<i> Приложение 5</i>	<i>122</i>
<i> Приложение 6</i>	<i>124</i>
<i> Приложение 7</i>	<i>125</i>
<i> Приложение 8</i>	<i>141</i>

Аннотация

Была исследована эффективность психологического вмешательства в рамках существующей в Санкт-Петербурге системы медико-психиатрической помощи. Исследование проводилось на базах Психоневрологического диспансера №1 (Василеостровский район), Психоневрологического диспансера №4 (Приморский район) и девятого отделения (Клиника неврозов и психотерапии) ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Процедура состояла в оценке клинической симптоматики, выраженности черт невротической личности, оценке жизнестойкости и качества жизни до начала лечения и после него. Было изучено 30 пациентов (16 человек в ПНД и 14 человек в Клинике) с диагнозами из рубрики F4 МКБ-10.

Среди полученных результатов (дисперсионный анализ) важно отметить редукцию клинических симптомов в обеих группах, повышение жизнестойкости. Повышение выраженности черт невротической личности в результате проведенного вмешательства был общим для групп по показателям отчужденность и чувство отсутствия влияния. Общие позитивные изменения в отношении невротических черт личности касались преимущественно черт, связанных с активной жизненной позицией личности. Данные исследования позволяют заключить эффективность психологического вмешательства в участвующих учреждениях и отсутствие достоверных различий в эффективности между группами.

Abstract

The problem of neurotic disorders has long attracted the attentions of scientists and psychotherapists. In this research, we have tried to display features of changes of personality traits in case of neurotic pathology in the perspective of personality dysfunction. The research included 30 people who were given psychological intervention. The procedure consisted of two control samples: pre- and post-treatment, - which were aimed at assessing personality dysfunction, the level of clinical symptoms, the level of social adaptation, vitality and subjective evaluation of the performed treatment

Among the results obtained (ANOVA), it is important to note the reduction of clinical symptoms in both groups, increasing resilience. Negative effect of the intervention was common for groups in terms of neurotic personality traits of personality, alienation and a sense of lack of influence. The general positive changes in relation to the neurotic features of the personality concerned mainly the features associated with the person's active life position. These studies allow concluding the effectiveness of psychological intervention in participating institutions and the lack of significant differences in effectiveness between groups.

Введение

Представленное исследование представляет собой попытку проведения оценки эффективности психологического вмешательства при лечении, оказываемого пациентам с расстройствами невротического спектра.

Проведение строгой эпидемиологической оценки распространенности заболеваний невротического спектра (невротические синдромы, расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) находит целый ряд трудностей (Александровский, 2007). Одной из них является широкая распространенность в современном обществе развитых стран личностных особенностей, традиционно присущих пациентам с расстройствами невротического спектра, что не обязательно выступает поводом развития заболевания, но выступает фактором риска. По данным А. Кемпинского процент таких пациентов в европейской цивилизации варьируется «от нескольких до нескольких десятков процентов» (Kępiński A., 2002, стр. 5). Ю.А. Александровский обозначает число в 20% для невротизов и пограничных расстройств, сходных по вкладу личностного фактора в развитие нозологии (Александровский, 2007). Частота встречаемости психосоматических расстройств в населении колеблется от 15% до 50% (Великанова, 2008), а в общей медицинской практике от 5,1% - 30% до 57% - 66,8% (Смулевич, 1991). Некоторые из тенденций патоморфоза психических расстройств – соматизация психопатологических проявлений и невротизация соматических – приводит к увеличению в общей медицинской практике числа больных с нераспознанными психическими расстройствами (Великанова, 2008). А.Б. Холмогорова, ссылаясь на Комитет по психическому здоровью США, говорит о том, что каждый десятый житель страны перенес тревожное расстройство в виде генерализованного тревожного синдрома, агорафобии, панических атак или социальной фобии. Около 30% людей, обращающихся за помощью к соматическим врачам, страдают соматоформными расстройствами

(Холмогорова, 1999).

Таким образом, разработка эффективных систем помощи пациентам с обсуждаемыми заболеваниями остается актуальным и требует дальнейших исследований. Особое значение в этой связи принимает упомянутый выше личностный фактор (Тромбчиньски, 2017). В этом исследовании так же подчеркивается особая роль психотерапевтических программ для коррекции невротической личностной дисфункции, что позволяет пролонгировать терапевтический эффект, снизить риски рецидивов и выполняет психогигиеническую функцию.

По отношению к расстройствам невротического спектра основным методом психологического воздействия является, психотерапия, о которой пойдет речь. Однако для полноты картины в данной работе зачастую используется термин «психологическое вмешательство», который, по мнению Г.Л. Исуриной, выступает обобщающим для форм, видов и методов психотерапии, психологического консультирования и психологической коррекции (Исурина, 2017), а, в нашем случае, позволяет обобщить спектр психологических воздействий, получаемых пациентами в медицинских учреждениях.

Вопрос эффективности психотерапии до сих пор в научном сообществе стоит довольно остро (Холмогорова, 2007). Психотерапия как лечебная практика изначально носит сложный характер, в силу специфики предмета своей работы – психики человека. В контексте помощи человеку, психотерапия является связующим звеном между психологией - наукой о психике, и медициной - наукой о здоровье человека. Современные реалии жизни предъявляют серьезные испытания для психики человека, что обращает внимание общества на практики, направленные на психическую помощь человеку. Именно этот факт демонстрирует значимость применения психотерапии и ее эффективности.

Многие ученые определяли исследования научности психотерапии как, безусловно, важную, но концептуально не имеющую решения проблему

(Паттерсон, Уоткинс, 2003). Сесил Паттерсон писал: «Прежде чем какая-либо модель, подвергаемая исследованию, может быть применена, нам необходимы: 1) таксономия проблем или психологических расстройств пациента, 2) таксономия личностей пациентов, 3) таксономия терапевтических техник, 4) таксономия терапевтов, 5) таксономия обстоятельств. Если бы мы создали такие системы классификации, то практические проблемы были бы непреодолимы. Допустим, что пять перечисленных классов переменных содержат по десять классификаций, тогда исследовательский проект потребует $10 \times 10 \times 10 \times 10 \times 10$, или 100000 элементов. Из чего следует вывод, что нам не нужны сложные множества переменных и нам следует отказаться от попыток точного изучения психотерапии, ибо это просто невозможно» (Паттерсон, 2003, с.543).

Впервые к «большому взрыву» в исследованиях эффективности психотерапии привела статья Г.Ю. Айзенкса (Eysenck, 1952), в которой он утверждал, что эффект от психотерапии никак не отличается от плацебо-эффекта, однако впоследствии исследователи доказали несостоятельность некоторых критических оценок Г.Ю. Айзенкса, а переинтерпретация результатов, на которых основывалась его критика показала наличие эффекта от психотерапии (McNeilly, 1991). Многие современные ученые, опираясь на теорию систем и некоторые другие аргументы, утверждают, что психотерапию можно и нужно ставить на научные рельсы (Катков, 2015; Grawe и др., 2004), подтверждая это своими исследованиями.

Основной целью данного исследования являлось изучение динамики индивидуально-психологических характеристик больных невротическими расстройствами в процессе прохождения лечения в рамках учреждений медико-психиатрической помощи города Санкт-Петербурга.

Задачи исследования состояли в следующем:

1. Изучение динамики невротических черт личности и клинической симптоматики больных невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами в процессе прохождения лечения в рамках учреждений медико-психиатрической помощи города Санкт-Петербурга.

2. Изучение динамики интегральной оценки качества жизни пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами в процессе прохождения лечения в рамках учреждений медико-психиатрической помощи города Санкт-Петербурга.

3. Изучение сравнительной эффективности предоставляемого лечения по средствам общих изменений состояния пациентов, изменений клинической симптоматики, изменении выраженности личностных черт, динамики субъективной оценки качества жизни и получаемого лечения больных невротическими расстройствами «до» и «после» прохождения курса лечения.

Гипотезы исследования:

1) В процессе реализации клинико-психологического вмешательства в рамках лечения больных невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами происходит изменение невротических черт личности в сторону снижения их выраженности.

2) Динамика клинической симптоматики больных невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами в процессе реализации клинико-психологического вмешательства в рамках лечения обладает вектором развития, направленным в сторону уменьшения абсолютного значения симптома, в частности, и общего значения клинической симптоматики, в целом.

3) В процессе реализации клинико-психологического вмешательства в рамках лечения больных невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами будет наблюдаться позитивная тенденция изменения оценки основных характеристик адаптации: качества жизни, жизнестойкости, субъективной оценки пользы лечения.

Объектом исследования являются пациенты медико-психиатрических учреждений города Санкт-Петербурга с расстройствами категории «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F4) по Международной Классификации Болезней десятого пересмотра (МКБ-10)

Предметом исследования выступили динамика индивидуально-

психологических характеристик, клинической симптоматики, оценки качества жизни и получаемого лечения больных расстройствами категории F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» по Международной Классификации Болезней десятого пересмотра (МКБ-10) в процессе прохождения лечения в рамках учреждений медико-психиатрической помощи города Санкт-Петербурга.

Для решения задач данного исследования использовались следующие методики:

1. «Опросник невротической личности KON 2006» (применяемый для оценки выраженности личностных черт больных) (Aleksandrowicz, 2007).
2. Симптоматический опросник Александровича (служащий для изучения выраженности клинической симптоматики) (Aleksandrowicz, 1977);
3. Опросник качества жизни «SF-36» (Ware и др., 1992).
4. Опросник жизнестойкости Мадди (в адаптации Осина-Рассказовой) (Осин, Рассказова, 2013).
5. Полуструктурированное интервью субъективной оценки качества предоставляемого лечения.

Глава 1. Оценка эффективности психологического вмешательства

1.1. Современное состояние группы расстройств невротического спектра.

К нашему времени сформулировано множество определений понятия «невроз» (Карвасарский, 2012). Впервые этот термин был введен в 1776 году У. Cullen'ом в качестве попытки разделения неврита и невроза, под которым понимались «нервные расстройства» (нарушения чувствительности и моторики), не сопровождающиеся лихорадкой и не связанные с поражением какого-либо внутреннего органа, а обусловленные «общим страданием, от которого специально зависят движения и мысль» (Каменецкий, 2001).

В рамках существующей в нашей стране традиции к неврозам относят заболевания, в первую очередь, психогенной природы. Психогения определяется как болезненная реакция личности пациента на субъективно значимое травмирующее событие без возможности его самостоятельного разрешения (Мясищев, 1960). А неврозы, в свою очередь, - «это психогенные, как правило, конфликтогенные, нервно-психические расстройства, заболевания личности, возникающие в результате нарушения особо значимых отношений человека и проявляющиеся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений» (Карвасарский, 1990). Таким образом, к основным характеристикам неврозов можно отнести: отсутствие очевидной органической патологии; обратимость патологических нарушений, независимо от его длительности (Павлов, 1957); психогенная природа расстройства (Мясищев, 1960); специфичность клинических проявлений, выражающаяся в преобладании эмоционально-аффективных и соматовегетативных симптомов.

В общепотребимых классификациях болезней: МКБ-10 (Международная классификация болезней десятого пересмотра) (ВОЗ, 1994) и DSM-V (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам пятого пересмотра) (МНИИП, 2013) - основанных на синдромальном принципе, не выделяются традиционные формы

невротического патологии: невроз навязчивых состояний, истерический и неврастенический неврозы. Им на смену пришли меньшие по объему и более универсальные диагностические категории, которые будут рассмотрены ниже.

Рубрика F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» МКБ-10 является современной нозологической группой, объединяющей невротические расстройства. Значимым в такой формулировке выступает сочетание «невротических расстройств» и расстройств, «связанных со стрессом и соматоформных». Объединение этих нозологических групп продиктовано их исторической связью с концепцией неврозов и, в частности, признанием центрального влияния психологических причин.

Невротические определяются как психические расстройства без очевидной органической основы, при которых у больного может полностью сохраняться критика и адекватная оценка окружающей действительности, в результате чего он обычно не смешивает собственные болезненные субъективные ощущения и фантазии с объективной реальностью. Расстройства, связанные со стрессом, как ясно из формулировки, характеризуются, протекают и развиваются в контексте неблагоприятного прижизненного фактора, которым может выступать острый тяжелый стресс или длительная травматизация, в результате чего развивается неадекватные приспособительные реакции, не позволяющие успешно справиться со стрессом, что выливается в проблемы социально функционирования. Соматоформные расстройства характеризуются повторяющимся возникновением физических симптомов в сочетании с регулярными требованиями медицинского обследования без наличия физической основы объяснения симптоматики. В ситуациях тесной сопряженности симптомов и неблагоприятных жизненных обстоятельств, пациент отказывается допускать возможность психологического объяснения. Возможное достижение понимания причин заболевания часто оказывается разочаровывающей для врача и пациента. При этих расстройствах часто наблюдаются тревожно-депрессивные симптомы, элементы истерического

поведения, особенно в ситуациях, когда пациент не может убедить врача в наличие физических оснований для постановки диагноза (Вид, Попов, 1997).

В DSM-V расстройства невротического спектра в качестве нозологических единиц не представлены - они так же описаны в рамках синдромального представления и объединяются в следующие подгруппы: «тревожные расстройства»; «расстройства, обусловленные воздействием травмы и стрессоров»; «обсессивно-компульсивное и аналогичные расстройства» (De Man J., 2013; МНИИП, 2013).

Важным относительно обсуждаемых диагностических категорий является вопрос взаимосвязи невроза и невротического характера, который последние 100 лет активно обсуждается в работах А.Адлера, В.Н. Мясищева, К. Роджерса, К. Хорни, Э.Эриксона, З. Фрейда и других (Адлер, 1997; Мясищев 1960; Хорни, 2000; Эриксон, 2008; Фрейд, 1926).

Этот вопрос подробно рассматривается П.К. Тромбчиньски, который подчеркивает, что наличие невротического характера (выраженных невротических черт личности, невротической дисфункции личности) является фактором риска для развития невроза, но не гарантирует развитие заболевания. По-видимому, запускающим фактором выступает травмирующее событие, причем компенсаторные (адаптационные) механизмы оказываются неэффективными для разрешения ситуации такого рода. Совокупность этих трех позиций в разных своих сочетаниях наиболее реалистично объясняет механизм развития невроза (Тромбчиньски, 2017).

Таким образом, в рамках описанных концепций, разрешение внутриличностного конфликта достигается путем коррекции значимых отношений, согласования структур Я, преодолению кризисных ситуаций, разрешением детских ситуаций, купирования тревоги, восстановление единства структур личности. При конструктивном разрешении восстанавливается стабильность эмоционального состояния, эффективные способы адаптации, появляется качественно новое понимание жизни и новое ценностное сознание (Анцупов А. Я., Шипилов А. И., 2016).

1.2. Психологическое вмешательство

Клинико-психологическое вмешательство, понимается как комплекс психологических методов и воздействий на человека (Исурина, 2017). В это понятие входят психотерапия, психологическое консультирование и психологическая коррекция. Термин «психологическая коррекция», в свою очередь, появился в результате необходимости законного определения психотерапевтической деятельности психолога. В литературе до сих пор поднимается вопрос о соотношении понятий «психотерапия» и «психологическое консультирование». Важным в этой связи является рассмотрение общих характеристик, присущих этим методам. К ним относятся: выбор средств; функции – развитие, профилактика, лечение, реабилитация; целевая ориентация на достижение изменений; теоретическая база, которой выступает теоретическая психология; эмпирическая проверка; профессиональные действия (Исурина, 2017).

Анализ первых трех характеристик проливает свет на различие этих понятий. В контексте данного исследования позволим себе подробно не рассматривать разделение между этими понятиями. Нас, в данном случае, удовлетворяет разделение в основной своей части по формальному признаку (количество сессий, частота сессий) и объему используемых техник и реализуемых функций.

Опираясь на характеристику психологического вмешательства, данную Г.Л. Исуриной (Исурина, 2017), в представляемом исследовании мы используем этот термин, имея в виду весь комплекс психологических воздействий реализуемых в лечении расстройств невротического спектра. К таковым можно отнести индивидуальную психотерапию, групповую психотерапию, иные мероприятия психологического воздействия, реализуемые в рамках учреждения.

Подробнее обсуждение моделей исследований эффективности индивидуальной и групповой психотерапии будет изложено в параграфе 1.5. Здесь осветим лишь третий пункт – иные мероприятия психологического

воздействия, реализуемые на отделении. К этой группе относятся групповые занятия, не подпадающие под определение психотерапии (группы релаксации, кинотерапия и др.), терапевтическая атмосфера отделения, терапия деятельностью. Таким образом, перед нами стояла задача не оценить дифференцированно отдельные виды психологического вмешательства, а определить степень изменений ключевых характеристик пациентов с диагнозами невротического спектра под воздействием благоприятного психологического фактора.

1.3. Историческая перспектива исследований психологического вмешательства

Ответ на вопрос об эффективности является одним из основных критериев научности психотерапии. На протяжении истории своего развития как оформившейся области научного и практического знания, которая составляет около 100 лет (Паттерсон, 2003), формат и направления исследований этой области менялись. Наиболее полно и точно отражает изменения в исследовательской направленности ученых и врачей периодизация, предложенная Расселом и Орлински (Russell R.L., Orlinsky D.E.) (Russell, 1998).

Период становления поля научных исследований (1927-1954). На этом этапе появляются первые публикации, посвященные определению и описанию развивающихся направлений психотерапии. К ним можно отнести работы, содержащие данные катамнестических исследований психоанализа, работы в бихевиоральной практике, труды К. Роджерса и др. Важно, однако, отметить, что эти данные носили описательных характер и в большинстве своем не содержали эмпирических данных об эффективности того или иного метода психотерапии.

Толчком в развитии темы эффективности психотерапии стала статья Г. Айзенка (Eysenck, 1952), в которой был проанализирован ряд работ об эффективности психотерапии и поставлен под сомнение вывод о том, способствует ли психотерапия излечению вообще. Данная статья имела

резонанс в научном сообществе и подстегнула ученых к поиску доказательной базы.

Период поиска научной опоры (1955-1969). В это время, помимо завершения оформления основных направлений в психотерапии, было проведено одно из самых известных исследований ее эффективности – Меннингеровский проект (Wallerstein, 1989). Он состоял в исследовании и сравнении результатов проведения длительного психоанализа и поддерживающей психоаналитической терапии и проводился на базе Меннингеровской клиники в США. К основным методологическим принципам этого исследования относилось: одинаковая важность процесса терапии и ее результатов; наличие критериев улучшения, ориентированных на характер заболевания и процесс изменения; терапевтическая среда должна быть максимально естественной; психотерапия больным назначается не в случайном порядке, а по показаниям (Пуговкина, 2009, с.41). Несмотря на то, что результаты этого исследования неоднозначны («положительных показаний для длительного психоанализа нет, а отрицательные — есть, в особенности для пациентов с более выраженной тяжестью симптоматики») (Пуговкина, 2009, с.42), они остаются показательными в качестве крупного и основательного примера исследования эффективности психотерапии.

Период расширения поля исследований и усиления из целенаправленной организации (1970-1983). Основной тенденцией данного периода является смещение фокуса внимания исследователей с вопроса «эффективна ли психотерапия?» на вопросы, связанные со сравнением эффективности разных методов и техник психотерапии, выделения факторов, влияющих на процесс психотерапии, оценка негативного эффекта. Наряду с этим возрастает тенденция к структурированию исследований, получению объективных результатов, строгости и точности анализа данных. Исследования этого периода можно разложить на несколько общих направлений (Пуговкина, 2009): изучение общего эффекта психотерапии; оценка влияния отдельных элементов из всего комплексного метода; оценка интегрированного влияния разных

методов и расширение их дополнительными техниками для повышения эффективности (Weissman, 1979); стратегия оценки роли отдельных параметров воздействия; сравнение разных школ психотерапии, поиск общего и специфичного; исследования общего фактора для разных видов психотерапии; стратегии исследования общих факторов психотерапии (психотерапевт, процесс, клиент\пациент); исследования направленные на изучение негативного эффекта.

В этот период наблюдался «рост числа диагностических инструментов, который включает в себя: расширение областей исследования изменений в ходе психотерапии (клиническая симптоматика, социальная адаптация, личностные характеристики, качество жизни и др.) и круга лиц, осуществляющих экспертные оценки» (Пуговкина, 2009, с.55-56). Изначально для оценки эффективности психотерапии применялись проективные тесты, однако, в силу сложности и неоднозначности их интерпретации на смену им стали приходить тесты специфичные определенным направлениям психотерапии. Очевидным их недостатком была специфичность оцениваемых критериев. С приходом в психотерапию концепции доказательной медицины стали распространяться симптоматические опросники, независимая оценка результатов терапии и акцент на важности поведенческих изменений в жизни пациента\клиента. Выделяют критерии, на которых необходимо опираться при выборе инструмента оценки эффективности (Bergin, 1986):

- 1) Необходимость многосторонней оценки, т.к. изменения в процессе психотерапии затрагивают несколько областей.
- 2) Необходимость осмысленной концептуальной схемы при выборе диагностических инструментов
- 3) Необходимость тщательной разработки и осторожного применения индивидуализированных критериев оценки результата.
- 4) Инструменты для оценки изменений должны предоставлять клинически значимые данные.

Период консолидации методологии исследований и переформулирование прежних выводов (1984-н. в.). Свое начало этот период берет с появления руководств по психотерапии, которые позволили в достаточной мере решить проблемы: стандартизации предлагаемого лечения; обеспечении метода обучения психотерапевтов; разработки шкал оценки правильности проведения терапии; разделения общих и специфических факторов терапии.

В качестве примера исследования, характеризующего этот период, О.Д. Пуговкина и ее коллеги приводят статью (Elkin, Parloff, Hadley, Autry, 1985). Не имея возможности полностью изложить в данной работе все детали вышеупомянутого труда, скажем лишь, что оно «стало в известном смысле классическим образцом проведения исследований эффективности психотерапии в плане различных требований к организации» (Пуговкина, 2009, с.56).

Новшеством в проведении исследований эффективности стало использование концепции доказательной медицины, которая позволяет отделить достоверные данные от недостоверных. «Тремя «китами» достоверности являются: случайная слепая выборка испытуемых в группы сравнения (слепая рандомизация, РКИ); достаточная величина выборки; слепой контроль (в идеале тройной)» (Пуговкина, 2009, с.60). Вместе с тем ученые стали использовать процедуру метаанализа, позволяющую получать большие выборки испытуемых путем обобщения определенного числа исследований одной тематики, и другие современные статистические процедуры.

Основной статистической процедурой анализа исследований, проводимых различными учеными, при условии изомогенности, называется определение «силы эффекта» и имеет вид общего усредненного индекса эффекта нескольких исследований. Данный показатель можно интерпретировать как отношение среднего показателя, усредненного испытуемого из экспериментальной группы относительно того же показателя, усредненного испытуемого контрольной группы (Холмогорова, 2009, с.95).

Тем не менее, существует ряд трудностей, с которыми сталкиваются исследователи при применении методов доказательной медицины в психотерапии: 1) в психотерапии уже имеются определенные представления об эффективности конкретных методов, что делает рандомизацию неэтичной; 2) исследуемая методика зачастую уже вводится в рекомендации по клиническому применению; 3) попадание людей, которые могли бы составить контрольную группу, для них неприемлемо (Тукаев, 2013).

Однако определенные ограничения на классические варианты построения исследований парадигмы доказательной медицины в психотерапии породили новые формы объективной оценки эффективности. К таковым относятся квазиэксперименты с различными формами работы с выборкой (Катков, 2015; Пуговкина, 2009; Холмогорова, 2009; Тукаев, 2013): контроль листа ожиданий с перекрестной оценкой, исследование со ступенчатым включением, натуралистический подход в оценке эффективности психотерапии.

1.3.1. Критерии эффективности психотерапии, традиционно применяемые в лично-ориентированном (реконструктивном) подходе

Б.Д. Карвасарский и В.К. Мягер, М.М. Кабанов, Б.Д. Карвасарский, В.А. Мурзенко, В. Stokvis, М. Harty, L. Horwitz, S. Kratochvil, M. Adams, N. B. Epstein, L. Vlok, J. W. Aleksandrowicz, S. Leder (цит. по Карвасарский, 1990) обращает особое внимание на наличие особых трудностей в оценке эффективности разных методов психотерапии. Наряду с важностью четкого определения психотерапевтического метода работы с пациентами/клиентами (при учете того, что зачастую для лечения используют комплекс психотерапевтических методов или методы с эклектичными включениями из других направлений) Б.Д. Карвасарский выделяет несколько факторов, без учета которых попытка объективного определения эффективности психотерапии представляется чрезвычайно сложной (Карвасарский, 1990, с.473-475).

Особое значение имеют факторы, связанные с самим *психотерапевтом* и его работой: оценка результатов исследования не должна проводиться

психотерапевтом, осуществляющим психотерапию (это способствует повышению объективности исследования и экранированию влияния на результаты исследования контакта между пациентом/клиентом и психотерапевтом); необходимость учета качества профессиональной подготовки и опыта самого психотерапевта (для исследования общей эффективности психотерапии или эффективности определенного метода разумно задействовать в исследовании нескольких психотерапевтов, предварительно выровненных по уровню подготовки и опыту работы); важно уделить внимание личностной структуре психотерапевта, тем качествам, которые позволяют прогнозировать более существенные изменения.

Поскольку речь идет об оценке эффективности лечебного метода, то нельзя оставить без внимания факторы, связанные с *пациентом/клиентом*. Психотерапия – это взаимодействие личностей, поэтому важным фактором, наряду с личностью психотерапевта, является личность пациента/клиента, а точнее качества, которые в литературе называют прогностически благоприятными неблагоприятными для проведения психотерапии. Так же имеет значение установка относительно используемого метода психотерапии, связанная с его предыдущим опытом. Еще одним важным фактором эффективности психотерапии является учет особенностей жизни пациента/клиента после окончания лечения (Ионова, Новик, 2007).

Свою специфику и особую значимость имеют факторы, связанные с *дизайном исследования*. В контексте интенсивного развития психотерапии и, особенно, внимания к оценке ее эффективности важность проведения тщательно продуманных объективных исследований возрастает. К основным элементам исследования необходимым для повышения эффективности относятся: независимый наблюдатель не должен быть информирован о применявшемся методе психотерапии; оценка результатов психотерапии должна проводиться не только по окончании лечения, но и в отдаленной перспективе; оценка результатов лечения в катамнезе должна проводиться не только независимым оценщиком (как правило, врачом), но и самим

пациентом/клиентом; в ходе исследования и оценке результатов необходимо учесть цели и задачи, обусловленные конкретным заболеванием и методом, применяемым психотерапевтом.

С учетом доминирования в научной психотерапии парадигмы доказательной медицины важным критерием научности исследований эффективности становятся критерии *статистической достоверности* результатов, такие как: статистическая значимость количества пациентов; гомогенность выборок пациентов; формирование исследуемой группы должно проходить путем случайной выборки, или рандомизацией; катамнестические исследования должны затрагивать абсолютное большинство исследуемых (не менее 90%); наличие контрольной группы. Соблюдение данных критериев позволяет говорить о репрезентативности результатов исследования для конкретной части популяции. Однако важно отметить, что в силу специфики психотерапии как практической дисциплины учет критериев статистической достоверности усложняется. Одним из основных факторов этого является то, что, как правило, исследования психотерапии проводятся на конкретных лечебных базах (психоневрологических и психиатрических клиниках).

Помимо вышеописанных общих факторов, влияющих на оценку эффективность психотерапии, следует отметить некоторые *особенности*, присущие *групповой психотерапии*. Одним из них является влияние переменных, связанных с группой. К ним относятся: уровни развития и функционирования группы, активность психотерапевта, соотношение типов интеракций (психотерапевт-группа, психотерапевт-пациент, пациент-психотерапевт) (Карвасарский, 1985, с.7-61; Исурина, 1982; Исурина, 1983). Рассмотренные факторы оказывают влияние на объективную оценку эффективности психотерапевтического лечения, однако они не позволяют вскрыть содержательную сторону проблемы, а именно то, как психотерапия в той или иной своей форме меняет пациента/клиента и его жизнь. Для решения этого вопроса в патогенетической концепции неврозов были разработаны критерии оценки эффективности психотерапии.

Традиционно основным критерием в психиатрической и психотерапевтической практике является *редукция симптомов*, на которые направленно лечение. Тем не менее, только лишь этого критерия недостаточно для объективной оценки улучшения состояния пациента, так как он не отражает как внутренних изменений в состоянии человека, так и мало говорит об изменении социального функционирования. В качестве второго критерия Б.Д. Карвасарский с коллегами выделяет «степень понимания больным связи между имеющимися симптомами и невротическим конфликтом, между симптоматикой и собственными проблемами» (Карвасарский, 1985, с.229), т.е. степень осознания механизмов своих проблем. Третьим критерием является «объективно регистрируемые (наблюдаемые окружением) параметры, характеризующие степень восстановления нарушенных отношений личности, т.е. изменений в поведении, в контактах с людьми, жизненных планах, целях...». «Субъективно и объективно (в том числе катamnестически) определяемая степень улучшения социального функционирования в различных сферах деятельности» (Карвасарский, 1985, с.229). Разработанные критерии оценки эффективности психотерапии находят свое подтверждение в ряде работ (Исурина, 1982; Исурина, 1983; Кайдановская, 1982; Федоров, 1982).

Несмотря на это, Карсаварский Б.Д. отмечает, что данные критерии разрабатывались для личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и могут серьезно видоизменяться в зависимости от психотерапевтического метода, формы психотерапии и характеристик целевой группы испытуемых (Карвасарский, 1985).

1.3.2. Факторы эффективности психотерапии, фигурирующие в зарубежных исследованиях.

Вопрос оценки эффективности психотерапии стоит остро на протяжении нескольких десятков лет. Однозначных и окончательных данных исследователям так и не удалось получить в силу сложности и неоднородности самой по себе науки психотерапии. А.Л. Катков в своей работе (Катков, 2015) обсуждает психотерапию в двух ее ипостасях: психотерапия как практическая

клиническая дисциплина и психотерапия как область научного знания. Данный подход позволяет понять неоднозначные результаты и неопределенности, возникающие в процессе исследований, сложность совмещения классических методик математической статистики и парадигмы доказательной медицины, а в некоторых случаях и их неприменимости (Тукаев, 2013).

А.Б. Холмогорова с коллегами обобщила результаты широкого круга зарубежных исследований, посвященных психотерапии и выделила следующие группы факторов ее эффективности (Холмогорова, 2010).

Факторы, связанные с особенностями процесса. Процесс психотерапии во многом окрашен спецификой того теоретического подхода, исследование которого проводится и в котором работает сам терапевт. Результаты метаанализов говорят о «незначительном преимуществе» (Холмогорова, 2010, с.70) когнитивно-бихевиоральной терапии. Несмотря на это, анализ исследований не позволяет отдать предпочтение какому-либо из методов в силу эклектичного характера применения большинства методов, так и в силу несовершенства измерительных инструментов.

Относительно факторов процесса эффективности психотерапии можно выделить общие и специфические. В статье (Lambert, Ogles, 2004) проведен анализ наиболее часто фигурирующих в работах по этой теме факторов эффективности психотерапии:

1. Факторы поддержки. К ним относятся: катарсис, идентификация с психотерапевтом, позитивные отношения с ним, снижение уровня напряжения, структуру, терапевтический альянс, активное участие как терапевта, так и клиента, тепло, уважение, эмпатия, принятие, аутентичность у психотерапевта.

2. Факторы научения. Их представляют советы, новый эмоциональный опыт, ассимиляция проблемного опыта, когнитивное научение, коррекция эмоционального опыта, обратная связь, инсайт, изменение ожиданий в плане собственной эффективности.

3. Факторы активных действий. Регуляция поведения, увеличение готовности конфронтации с источником страхов, рисковать, усилия в плане

овладения навыками, моделирование, практическое овладение, тестирование реальности, переживание успеха, проработка, терапевтический альянс.

Тем не менее, среди исследователей нет общего мнения относительно этого вопроса. Этот факт во многом затрудняет сам процесс объективной научной оценки эффективности, но и усложняет метааналитическую оценку подобного рода информации. Важно отметить, что зачастую даже в исследованиях одного направления терапии используют разные критерии оценки и приходят к противоречивым выводам.

Факторы, связанные с характеристиками пациента. Характеристики пациента можно подразделить на следующие категории: диагноз и степень тяжести симптоматики; социодемографические характеристики; личностные характеристики; интерперсональные характеристики.

Диагноз и степень тяжести симптоматики. Обобщая результаты рассматриваемых исследований, А.Б. Холмогорова с коллегами (Холмогорова, 2010) делают вывод о том, что тяжесть симптоматики ухудшает эффективность всех видов психотерапевтического лечения. Так же негативно влияют на терапевтический процесс коморбидные особенности пациента, особенно в случае депрессивных расстройств и тяжесть нарушений социального функционирования. Положительное влияние на психодинамическую терапию оказывает низкий уровень социальных дисфункций, а на когнитивно-бихевиоральную – низкий уровень когнитивных дисфункций.

Социодемографические характеристики. Результаты большинства исследований говорят о том, что возраст не оказывает существенного влияния на эффективность психотерапевтической помощи при ее профессиональном оказании и учете этой характеристики в самом процессе психотерапии. Пол так же мало отражается на эффективности. Относительно социоэкономического статуса исследования носят противоречивый характер.

Личностные характеристики. Многие исследователи соглашались с тем, что личностные особенности клиента\пациента влияют на эффективность терапевтического процесса, однако исследования этой темы, как правило,

направлены на определение влияние конкретных черт, что значительно усложняет задачу систематизации. Наиболее разработанной оказывается категория значимости ожиданий клиента\пациента притом, что позитивные ожидания способствуют повышению эффективности психотерапии.

Характеристики интерперсональных отношений. Наиболее важное и доказанное значение имеет вышеупомянутый терапевтический альянс и уровень социальной поддержки, высокий уровень которого практически однозначно коррелирует с позитивными результатами лечения (Холмогорова, 2010, с.75). Одной из наиболее признанных характеристик является стиль поведения привязанности. Пациенты с ненадежным типом привязанности зачастую оказываются резистентными к психотерапии. В свою очередь, надежный тип привязанности тесно связан с высоким уровнем социального функционирования и менее тяжелой симптоматикой, что способствует повышению результатов терапии.

Факторы, связанные с характеристиками терапевта. Основным фактором, с которым соглашается львиная доля исследователей, является наличие профессионального опыта терапевта. Исследования, направленные на поиск личностных черт, улучшающих терапию, первоначально носили оптимистичных характер, но в результате исследователи не смогли построить тип личности «идеального психотерапевта» или же вывести строго доказанные личностные черты. Вместе с тем, фактор уверенности психотерапевта в себе оказался важным для успешности терапии, а точнее при низко самооценке терапевтом случаев раннего ухода из терапии было в разы больше.

В заключении можно отметить, что разговор о влиянии факторов разного рода (связанных с терапевтом, пациентом, процессом) можно вести в определенной степени косвенно, в силу уникальности каждого конкретно взятого случая, неповторимости самого процесса терапии и интегрального влияния каждой из переменных этого уравнения.

Таким образом, в настоящее время актуальными остаются проблемы формулирования показательной и универсальной модели исследований

эффективности психологических вмешательств, достижения консенсуса относительно критериев этой эффективности и строгого определения эффективности конкретных методов и подходов к психологическому вмешательству. Если вопросы моделей исследования и критериев эффективности активно разрабатываются и близки к своему разрешению, то проблемы конкретной оценки эффективности сталкивается с множеством методологических трудностей (Bateman, 2000).

1.5. Общая характеристика групповой психотерапии как метода психотерапевтического воздействия.

По Б.Д. Карвасарскому (Карвасарский, 1990), «Групповой психотерапией можно назвать такой лечебный метод, который сознательно, планомерно и систематически применяется в небольшой организованной группе, где психотерапевт и участники используют вербальные и невербальные методы воздействия на пациента и группу и принимают активное участие в терапевтической деятельности».

Использование феномена групповой динамики как «взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и психотерапевта» (Карвасарский, 1990, с.284) в лечебных целях определяет отличие групповой психотерапии от групповой терапии, коллективной терапии и психотерапии в группе. На этом фоне основную роль начинают играть распределение ролей в группе, групповые нормы и другие специфические феномены характеры для социальной группы людей. Взаимоотношения между членами группы формируются и развиваются как отношения реальной жизни, вынесенные в безопасную среду.

Помимо групповой динамики, в достижении психотерапевтического эффекта большую роль играют структура группы (ролевое разделение, проблема лидерства, формирование подгрупп), групповая сплоченность, групповое напряжение, особые методы групповой психотерапии (групповая дискуссия, психодрама, психогимнастика, музыкотерапия, проективный рисунок и другие). Особое внимание психотерапевта должно быть обращено на

стадиальность развития группы. Каждая из четырех фаз (фаза ориентации и зависимости; фаза борьбы; фаза развития сотрудничества; фаза целенаправленной деятельности) имеет свою особую специфику, которая определяется не только развитием внутригрупповых отношений участников, но их внутриличностными переживаниями, в том числе уровнем тревоги и напряжения.

Примеры столкновения человека с эффектом психотерапевтического воздействия группы людей на психическое состояние известны с древности (античные мыслители, религиозные ордена, «живой театр»). К первым попыткам научного и целенаправленного использования психотерапевтического фактора групповой психотерапии является «репрессивно-инспиративная» терапия популярная в первой трети 20 века. Начало развития групповой психотерапии связано с Д. Праттом, Л. Вендером, П. Шиндлером, Т. Барроу, С. Слэвсон, А. Вольф, Я. Морено, К. Роджерс, К. Левин.

В общем виде целями использования метода групповой психотерапии является «раскрытие, анализ, осознание и переработка проблем пациента, его внутриличностных и межличностных конфликтов и коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основании анализа и использования межличностного взаимодействия» (Карвасарский, 2000, с.287). Задачи же сводятся к работе с 3 основными сферами психики: повышения осознанности/самопонимания, самооценки и саморегуляции (когнитивный, эмоциональный и поведенческий аспекты соответственно).

1.6. Подходы к реализации системы групповой психотерапии в клинике невротических расстройств

В отечественной клинике неврозов проблемой динамики симптоматических показателей больным невротическими, депрессивными и другими разновидностями расстройств широко изучали в школе В.Н. Мясищева (Мясищев, 1960).

Г. Л. Исурина (Исурина, 1983), Е. В. Кайдановская (Кайдановская, 1982), В.А. Мурзенко (Карвасарский, Мурзенко, 1979) изучали динамику клинико-психологических показателей у больных неврозами в процессе групповой психотерапии путем выявления степени выраженности невротической симптоматики на различных этапах психотерапевтического процесса (исследования проводились трижды: в начале, в середине и в конце групповой психотерапии). Б.М. Гузиков активно изучал применяемые в 80-ых - 90-ых годах XX века критерии оценки динамики симптомов и эффективности групповой психотерапии применительно к больному алкоголизму (Гузиков, 1982). Так же исследования в этой сфере на больных с заболеваниями внутренних органов (Губачев, 1982).

В современной психотерапии высоко популярен когнитивно-бихевиоральный подход, а в современных исследованиях эффективности психотерапии (не только групповой) предлагаются все новые и новые вариации его реализации применительно к конкретным спектрам расстройств. Так, Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогорова описали вариацию модели интегративной психотерапии на основе когнитивного подхода для больных тревожными и депрессивными расстройствами (Гаранян, Холмогорова, 1996), теоретически обосновали и описали актуальный и достаточно эффективный способ применения групповой психотерапии к неврозам с соматическими масками (Гаранян, Холмогорова, 1994), Е.Б. Мизинова и Е.А. Колотильщикова исследовали динамику клинической симптоматики больных невротическими расстройствами в процессе прохождения психотерапии личностно-ориентированного (реконструктивного) толка с элементами когнитивных техник (Колотильщикова, Мизинова, 2009), А.Б. Холмогорова, в свою очередь, в своей докторской диссертации привела теоретические и эмпирические основания для реализации когнитивного для лечения аффективных расстройств (Холмогорова, 2006).

В зарубежных работах так же большое внимание уделяется изменению выраженности симптоматики в процессе психотерапии и ее эффективности:

психотерапия личностных конструктов при тревожных расстройствах (С. Paz, O. Pucurull, G. Feixas, 2015); интегративный подход с использованием когнитивно-бихевиоральной психотерапии (Third-Generation Cognitive-Behavioral Therapy) применительно к тревожному расстройству личности (Bach P.A., Bedwell J.S., Chan C.C, 2015); теоретическое обоснование и модель применения «disability psychotherapy» к некоторым расстройствам категории F по МКБ-10 (McInnis E. E., 2016).

1.7. Основные принципы реализации медико-психиатрической помощи пациентам с расстройствами невротического спектра

Комбинирование психотерапевтических и фармакологических лечебных программ в лечебном процессе невротических расстройств требует гибкости в конкретном случае пациента (Караваева, 2010; Полторак, 2013). Это определяется с одной стороны в зависимости от личности пациента, патогенеза, особенностей симптоматики, стадии заболевания, воздействий окружающих людей и обстоятельств, с другой – от возможностей доступа к препаратам и возможностей лекарственных средств. Чем большей долей в формировании невротической симптоматики обладают биологические механизмы – тем сильнее эффект медикаментозных мероприятий. В то же время препараты не решают среднесрочные и долгосрочные терапевтические задачи и не способствуют устойчивости получаемого при лечении эффекта (Караваева, 2010).

Согласно реализуемой в Санкт-Петербурге модели фармакологического лечения расстройств невротического спектра, выбор медикаментозной терапии основывается на следующих основных факторах (Полторак, 2013):

1. Учет характера, частоты, интенсивности клинических проявлений, а также их анамнестической динамики, оценки терапевтического ответа как на психотерапевтические, так и на лекарственные воздействия. В исследованиях оценки таких изменений обнаруживалась значимая разница в использовании и комбинировании различных препаратов в зависимости от доминирующего синдрома в структуре невротического расстройства, выраженности и

длительности клинических проявлений. В случаях острого невротического расстройства использовалась исключительно психотерапия. Медикаментозная терапия в случаях затяжного невротического расстройства и невротического развития личности.

2. Внутренняя картина болезни. Пациенты с психоцентрированной внутренней картиной болезни чаще отказывались от медикаментозного лечения и активно стремились к получению психотерапевтического лечения. В случае соматоцентрированной картины обнаруживалась обратная тенденция – отказ от психотерапевтической модели лечения в пользу медикаментозной. Это способствовало возникновению напряжения между врачом и пациентом, для снятия которого предполагается небольшой курс психотерапии.

В отношении организации формы лечения (амбулаторная, стационарная) сформулированы следующие показания:

- Выраженное психическое и физическое истощение пациента
- Чрезмерная соматизация болезни
- Резистентность к медикаментозной терапии, психическая переносимость психотропных препаратов
- Невозможность амбулаторного лечения, обусловленная симптомами при агорафобии, прочих фобиях, некоторых обсессивных симптомах, нарушениях движения, социально непереносимых тиках
- Необходимость защиты от негативного влияния окружения при кризисах супружеской жизни, фиксации на домашнем окружении

В рамках амбулаторного лечения наблюдается большая эффективность краткосрочной психотерапии и появляется возможность использования широкого спектра психотерапевтических и социально-терапевтических воздействий. Так же такая форма лечения позволяет в полной форме использовать принцип комплексности медико-психиатрического лечения: организация комплексного (общеклиническое, психологическое, социальное) обследования пациентов; реализация лечения по биопсихосоциальной модели в форме полупрофессиональной бригады; сочетание психотерапевтических и

реабилитационных моделей с фармакологическим лечением (Васильева, 2009). Такой подход позволяет оказывать воздействие и контролировать изменения во всех основных сферах терапевтического воздействия (медицинская, психологическая, социальная).

К основным принципам медико-психиатрической помощи при расстройствах невротического спектра выступают:

- Дифференцированность

В зависимости от особенностей случая (доли биологических механизмов, социального фактора, остроты психогенного) определяются мишени и цели проводимой психотерапии, ее содержание и характер, объем, сроки, этапы, порядок ее оказания.

- Краткосрочность

Такой подход объясняется спецификой патоморфоза расстройств невротического спектра, повышением селективности современных медикаментозных средств и уровнем эффективности краткосрочных методов психотерапии.

- Интегративность.

Предполагает сочетание воздействия на три компонента психики: когнитивных, эмоциональный и поведенческий и достигается посредством сформулированных Т.А. Караваевой с коллегами типов интеграции: динамический, трансовый, интегративный, консультативный, интеграция новых методов краткосрочной психотерапии, техническая интеграция (Караваева, 2016).

Таким образом, существующая в учреждениях, участвующих в проведенном исследовании, система лечения пациентов с расстройствами невротического спектра представляет собой индивидуальное комбинирование медикаментозных и психотерапевтических программ, со специальным определением переносимости препаратов, психотерапевтический мишеней, сроков и форматов психотерапии. Все это реализуется с позиции биопсихосоциального подхода, который направлен на коррекцию и помощь

пациенту в основных сферах жизни, затрагиваемых заболеванием: физическое функционирование – медикаментозная терапия, психическое состояние – психотерапия, социальное функционирование – программы поддерживающей терапии.

Глава 2. Материал и методы исследования

2.1. Процедура исследования

Исследование проводилось на базах Психоневрологического диспансера №1 (Василеостровский район), Психоневрологического диспансера №4 (Приморский район) и девятого отделения (Клиника неврозов и психотерапии) ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Процедура исследования состояла в следующем:

1.Отбор пациентов в соответствие с критериями включения в экспериментальные группы, изложенными в параграфе 2.2.

По рекомендации специалистов (клинические психологи и врачи-психиатры), непосредственно работающих на отделениях, отбирались кандидаты для прохождения исследования согласно упомянутым критериям. Пациенты были проинформированы о процедуре исследования, количестве времени, необходимого для заполнения методик, возможности обратной связи по индивидуальному запросу, после чего начиналось само исследование (рассчитан на 70-90 минут).

2.Сбор результатов первого измерения («до» психологического вмешательства). Первое измерение проводилось не позже 3ех дней начала лечебного курса.

3.Сбор результатов второго измерения («после» психологического вмешательства). Исследовательские мероприятия повторялись в конце курса лечения пациента. По запросу пациента в течение двух недель всем испытуемым, заинтересованным в результатах исследования, предоставлялась обратная связь. Второе измерение проводилось не раньше 3ей дней окончания лечебного курса.

В силу низкой мотивированности пациентов к заполнению методик процедуры исследования проводились в виде непосредственного взаимодействия экспериментатора с испытуемым, ответы регистрировались в

соответствующих бланках (См. Приложения 1,2,3,4,5). Испытуемые заполняли предоставляемые материалы в следующем порядке: методика исследования черт невротической личности «KON-2006», Симптоматический опросник Александровича, методика исследования качества жизни «SF-36», методика исследования жизнестойкости Мадди в адаптации Осина-Рассказовой, полуструктурированное интервью.

Полученные результаты заносились в таблицы Excel, окончательный вид которых использовался для математической обработки. Обработка результатов всех методик производилась с помощью программ Microsoft Excel 2010 и SPSS v.22.

2.2. Характеристика выборки

Итоговую выборку составили 30 человек в возрасте от 26 до 62 лет, получающих лечения в учреждениях медико-психиатрической помощи города Санкт-Петербурга, 12 женщин и 18 мужчин. Испытуемые проходили лечение в стационарных условиях (клиника) – 14 человек - и амбулаторных (Психоневрологические диспансеры) – 16 человек. Выборка набиралась на базах Психоневрологического диспансера №1 (Василеостровский район), Психоневрологического диспансера №4 (Приморский район) и девятого отделения (Клиника неврозов и психотерапии) ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Критерии включения в выборку:

- Прохождение курса лечения в учреждениях медико-психиатрической помощи года Санкт-Петербурга;
- Пребывание на лечении не более 3ех дней;
- Наличие клинического диагноза из рубрики F4 (Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) по МКБ-10;
- Отсутствие симптоматики психотического регистра;
- Отсутствие выраженного когнитивного дефицита;
- Отсутствие диагнозов органической патологии головного мозга;

- Прохождение процедуры исследования в момент начала лечения (до терапевтического воздействия) и после окончания курса лечения (после терапевтического воздействия).

Следует отметить, что в начале математической обработки данных выборки была проверена однородность социально-демографических показателей у двух исследуемых групп: пациенты ПНД (группа 1) и пациенты стационарного лечения в клинике (группа 2). Сравнение групп было проведено при помощи критерия χ^2 -Пирсона и показало отсутствие значимых различий между группами. Таким образом, представляется возможным дальнейшее сравнение трех групп респондентов.

Социодемографические показатели выборки, в которые входят возраст, пол, семейное положение, уровень образования, наличие трудовой деятельности представлены в таблице №1. Там же представлена статистика по клиническим диагнозам пациентов обеих групп.

Таблица 1. Социодемографические характеристики исследуемых групп

Социодемографические характеристики		Группа (N человек)	
		ПНД (16)	Клиника (14)
Возраст	Диапазон	26 - 40 лет	26 - 40 лет
	М (SD)	35,18±9.46 лет	32± 4,45 лет
Пол	М	50%(8)	28,6% (4)
	Ж	50%(8)	71,4% (10)
Семейное положение	Наличие отношений	37,5% (6)	64,3% (9)
	Отсутствие отношений	62,5% (10)	33,7% (5)
Уровень образования	Среднее	24,95% (4)	14,3% (2)
	Среднее специальное	18,75% (3)	14,3% (2)
	Высшее	56,3% (9)	71,4% (10)
Наличие трудовой деятельности	Работает	87,5% (14)	100% (14)
	Безработный	12,5% (2)	0% (0)

На основании таблицы 1 видим, что средний возраст испытуемых из экспериментальной группы, колеблется между 32 и 35 лет. Большую часть группы составляют женщины. Больше половины испытуемых состоит в семейных отношениях или имеет постоянного партнера. Так же большую часть группы составили испытуемые с высшим и средним и/или средним специальным образованием. Почти все испытуемые экспериментальной группы имели постоянную работу.

По роду профессиональной деятельности испытуемые называли следующие профессии: преподаватель, проводник, менеджер, монтажник, экономист, бухгалтер, программист, HR, водитель, тренер, продавец, охранник, инженер.

Дальше приводится таблица распределения возраста по группам, которое в последующем будет использоваться для статистического анализа – Таблица №2. Все указанные значения измеряются в годах.

Таблица 2. Распределение пациентов по возрастным группам

Возраст	I	II	III
	26-30	31-35	36-40
N	13	7	10
%	43,33	23,33	30,33
M (SD)	28±1,47	32,7±0,76	38,6±1,65
D	2,17	0,57	2,71

Таким образом, вся выборка представлена взрослыми людьми с различными социально-демографическими характеристиками: пациентами учреждений медико-психиатрической помощи города Санкт-Петербурга с диагнозами рубрики F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» по Международной Классификации Болезней десятого пересмотра (МКБ-10)

2.3. Характеристика диагностических групп

Все пациенты, вошедшие в исследование, имели официально поставленные диагнозы из категории «Невротические, связанные со стрессом и

соматоформные расстройства» (F4 по МКБ-10): паническое расстройство (F41.0), генерализированное тревожное расстройство (F41.1), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2), соматизированное расстройство (F45.0), ипохондрическое расстройство (F45.2), неврастения (F48.0).

В рамках исследуемых групп данные диагностические категории были представлены в соотношении указанном в таблице №2.

Таблица 3. Характеристика исследуемых групп в соответствии с клиническими диагнозами

Диагноз	ПНД		Клиника		Вместе
	N	%	N	%	
Генерализированное тревожное расстройство	4	25%	4	28,6%	8
Ипохондрическое расстройство	0	0%	1	7,1%	1
Неврастения	2	12,5%	1	7,1%	3
Паническое расстройств	1	6,25%	0	0%	1
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	3	18,75%	2	14,3%	5
Соматизированное расстройство	6	37,5%	6	42,9%	12

В таблице 3 представлено количественное распределение пациентов, вошедших в исследование в соответствии с поставленным диагнозом и местом прохождения лечения. В таблице 3 указан так же процент от всей выборки испытуемых.

Паническое расстройство (F41.0). Протекание расстройства и симптомы, наблюдаемые при нем, идентичны тому, что происходит с человеком при агорафобии. Отличием является то, что в данном случае отсутствуют пусковые ситуации и приступ возникает спонтанно. На фоне этого часто формируется страх повторных приступов.

Генерализированное тревожное расстройство (F41.1). Панические приступы в клинике данного расстройства встречаются крайне редко. Чаще всегда проявляется в виде непривязанной к конкретным ситуациям тревогой, внутренним напряжением, слабовыраженными кардиореспираторными расстройствами. Для пациентов так же характерны постоянная внутренняя дрожь, повышенная пугливость, частое мочеиспускание, поносы, повышенная мнительность, раздражительность, нетерпеливость, повышенное бодрствование и поисковая активность.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2). Такой диагноз ставится только в том случае, когда тревожное и депрессивное расстройства не доминируют друг над другом и оба недостаточно выражены. Так же необходимо наличие вегетативных проявлений тревоги.

Соматизированное расстройство (F45.0). Наиболее частыми симптомами являются тошнота, рвота, трудности при глотании, боли в конечностях, одышка и т.д. Подобные соматические нарушения дополняет вторичная эмоциональная неустойчивость, импульсивность, тревожно-депрессивные проявления, возможны суицидальные мысли. В структуре личности подобных больных преобладают истероидные и ананкастные черты, в беседе проявляют наигранность с высокой детализированностью и неточностями в описании.

Ипохондрическое расстройство (F45.2). Люди, страдающие данным расстройством, не только тягостятся симптоматическим дискомфортом, но и испытывают страх наличия серьезного заболевания, которое еще не обнаружено. Характерным для данного заболевания является монотонное, эмоционально невыразительное предъявление жалоб с широким подкреплением обширной медицинской документацией. Больные склонны к аффектации при попытках разубеждения.

Неврастения (F48.0). Расстройство диагностируется при наличии следующих симптомов: стойкое и мучительное чувство снижения умственных усилий; стойкая и мучительная слабость после незначительной физической

нагрузки; острые и хронические мышечные боли; оцепенение, онемение; головная боль, вызванная умственным напряжением; нарушение сна; неспособность расслабиться; раздражительность. Подобные нарушения должны быть длительными и не объясняться наличием иной патологии органического генеза (Вид, Попов, 1997).

2.4. Методы исследования

Для проведения исследования были использованы следующие методики:

1. Методика исследования черт невротической личности «Опросник невротической личности KON-2006»,
2. Симптоматический опросник Александровича,
3. Методика исследования качества жизни «SF-36»,
4. Опросник исследования жизнестойкости Мадди в адаптации Осина-Рассказовой.
5. Полуструктурированное интервью.

2.4.1. Описание методики «KON 2006»

2.4.1.1. Общая информация

Опросник невротической личности KON 2006, разработанный польским психиатром Александровичем Е. (Aleksandrowicz, 2007) создавался с целью оценки дисфункции, дезадаптивности личности, связанно с развитием невротических расстройств. К основным целям, которые преследовались при создании данной методики, относились, дифференциация спектра невротических расстройств и других стрессовых реакций, «острых» в том числе, на образование которых аномалии личности не оказывают влияния. Опросник содержит 243 пункта, ответы по которым сначала считаются в сырых баллах (отдельно для мужчин и женщин), затем переводятся в стены, после чего вычисляется коэффициент X-KON. Опросник имеет 24 клинические шкалы, которые отражают определенные психометрические особенности и могут считаться независимыми однородными и достоверными. По результатам статистических процедур шкалы данного опросника преимущественно дают

информации относительно дисфункций личности, связанных с невротическими расстройствами.

Основным показателем является X-KON, который описывает степень подобной дисфункции. Итоговый показатель X-KON как уровень дезадаптивных проявлений личности складывается из показателей X-KON по каждой шкале, которые в свою очередь выявляются переводом сырых баллов по каждой шкале. Коэффициент X-KON не зависит от возраста испытуемых и от пола (статистическая разница не существенная и меньше 5 баллов). В результате проведенных процедур валидизации и адаптации в начале в Польше, а затем в России выявлено, что основной показатель данной методики, принимающий значения меньше 8, типичен для клинически здоровых лиц. Ситуация, в которой X-KON принимает значение больше 18, типична для лиц, страдающих невротическими или психотическими расстройствами. Зона от 8 до 18 включительно определяется как зона диагностической неопределенности, при которой для постановки диагноза и определения способности к адаптации пациента необходимо дополнительное обследование, не говоря о прицельном внимании клинического специалиста. Коэффициент X-KON даёт возможность общей оценки расстройства личности, связанного с образованием невротической симптоматики.

Процедура валидизации проводилась в 2004-2006 годах на базе клиники лечения неврозов и поведенческих расстройств кафедры психотерапии Ягилонского университета, института психиатрии и неврологии в Варшаве и 13-ой поликлиники психического здоровья в г. Люблин, на основе результатов выборки из 794 пациентов с невротическими расстройствами, расстройствами личности, расстройствами питания и дистимии. Контрольную группу составляли 520 человек не стоящие на учете в ПНД. Таким образом общая выборка составила 1314 человек от 19 до 55 лет.

Процедура адаптации в России проводилась с 2007 по 2013 год на базах: Южноуралский Университет, факультет психологии, кафедра Медицинской психологии, город Челябинск; Северная медицинская академия, факультет

психологии, город Архангельск; 9 отделение психотерапии и неврозов Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева г. Санкт – Петербург; Психиатрическая больница № 7, г. Санкт – Петербург; Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт – Петербург; клиники Института детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, отделение восстановительной медицины, г. Санкт – Петербург. Общая выборка составила 428 человек, в которую вошло 206 больных невротическими расстройствами и 222 здоровых, не стоящих на учете в ПНД.

2.4.1.2. Описание клинических шкал

1. Чувство зависимости от окружения. Шкала определяет тенденции исследуемого к восприятию себя как человека зависимого, подстраивающегося под других, уступчивого, не умеющего отказывать, подстраивающего свои мнения и действия под окружающих его людей. Вместе с тем, подобные характеристики сочетаются с критическим принятием таких свойств у себя самого.

2. Астения. Шкала описывает исследуемого как человека инертного, который видит свою психическую слабость и физическую слабость, недовольство жизнью.

3. Отрицательная самооценка. Шкала описывает человека как склонного к занижению оценки собственных свойств и характеристик, оценка себя как непривлекательного, ничего не стоящего, недовольного собой.

4. Импульсивность. Данная метрическая переменная описывает вспыльчивость, склонность к ссорам, раздражимость, непереносимость окружающими, физическую агрессию, и одновременно принятие испытуемым такого поведения.

5. Сложность принятия решений. Шкала описывает сложности, возникающие у человека при принятии любого решения, мнительность, раздумчивость и избегание самостоятельного проявления инициативы.

6. *Чувство одиночества (отчужденность)*. Эта шкала отражает степень самопонимания человека как одинокого, лишенного поддержки общества, которого никто не понимает, непочтительного.

7. *Демобилизация*. Шкала описывает степень потери пациентом надежды и уменьшения жизненной динамики, опасение перед новыми вызовами и ситуациями, чувство усталости, недовольство собою.

8. *Рискованное поведение*. Показатели этой шкалы говорят о поисках пациентом опасности, отсутствии боязни новых ситуаций, страсти к риску (споры, драки) или – наоборот – избегания всякого риска.

9. *Сложность эмоциональных отношений*. Шкала описывает затруднения в контакте с людьми и связанную с этим недоверчивость в отношениях с окружающей средой.

10. *Чувство усталости (нехватка жизненной энергии)*. Данный параметр описывает отсутствие жизненной динамики, чувства жизни и осознание пациентом этой дисфункции.

11. *Чувство беспомощности (уверенность в собственной жизненной беспомощности)*. Шкала описывает человека, который легко отказывается от своего мнения, беспомощный, не завершает того, что запланировал, не организованный, и легко уходит от нарастающих проблем.

12. *Чувство отсутствия влияния*. Шкала описывает человека, который зависит от происходящих с ним вещей, «высших сил», судьбы и других людей, а также поносящего по этому поводу ущерб.

13. *Низкая мотивированность (отсутствие внутренней направленности)*. Шкала выявляет степень отсутствия внутренних потребностей и решений, способности проявлять инициативу и самостоятельно управлять своей жизнью.

14. *Склонность к представлениям, фантазии (эскапизм)*. Шкала описывает стремление человека к строению больших фантазий и представлений с целью приобрести симпатию общества.

15. *Чувство вины.* Шкала описывает стремление человеком испытывать чувство вины, переживаний, претензии к себе по поводу своего поведения и черт характера.

16. *Проблемы в межчеловеческих отношениях.* Шкала степень проблем человека в отношениях с окружающей средой, так и видение себя как беспомощного в контактах с людьми.

17. *Зависть.* Шкала описывает переживание фрустрации при успехах других людей.

18. *Нарциссизм.* Шкала описывает человека как индивида, требующего к себе особенного отношения и привилегий, который хочет иметь больше, чем есть у других, который ощущает себя лучше других, который высокомерен и эгоцентричен.

19. *Чувство опасности.* Шкала описывает недоверие к другим, человек предполагает только неудачи и отказывается от своих целей, человек видит себя малоустойчивым, не понимаемым, используемым другими.

20. *Экзальтированность поведения (экзальтация).* Шкала степень чувствительности, ранимости, переменчивости настроения, необходимости в поддержке в поддержке.

21. *Иррациональность.* Шкала описывает человека, которого жизни состоит из нерациональных установок (нп. вера в силы высшие), а также мышление, построенное на желаниях.

22. *Мелочность.* Шкала описывает педантичность, неуверенность и мелочность в поведении, желаниях, установках и направленностях.

23. *Рефлексивность.* Шкала описывает уровень мнительности человека, отражается его особое внимание к себе, своим поступкам, мыслям, обидчивость, задумчивость, установку на интроспекцию.

24. *Чувство перегрузки.* Шкала описывает степень выраженности стремления человека подчиняться правилам, обязательствам и задачам, много от себя требовать, переживания чувства внутренней загруженности, напряжения. Чувство перегрузки более усилено у людей, страдающих

невротическими расстройствами, и понятно, что это не личностная дисфункция. Поэтому информации, полученные по этой шкале надо принимать как дополнительные.

2.4.2. «Симптоматический опросник Александровича»

2.4.1.1. Общая информация

Симптоматический опросник Александровича позволяет измерить степень выраженности невротических симптомов у пациента. В отделении неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева совместно с клиникой неврозов Варшавского института психиатрии и неврологии был разработан комплекс методик, основанный на системе критериев оценки эффективности психотерапии (Карвасарский, 1985). Симптоматический опросник Александровича (Aleksandrowicz J. W., 1977) включает пункты, относящиеся к различного рода невротическим расстройствам и описывающих различные уровни и сферы проявлений невротической симптоматики.

Опросник состоит из 136 вопросов и 13 клинических шкал, каждая из которых описывает определенные проявления клинической симптоматики. Степень выраженности симптоматики оценивают по шкале от 0 до 3, где «0» - «Не было такого»; «1» - «Было, но лишь незначительно тяготило»; «2» - «Было средней тяжести»; «3» - «Было и очень тяготило». Результаты в последствие переводятся в баллы по принципу «0» – 0 баллов, «1» – 4 балла, «2» - 5 баллов, «3» - 7 баллов. Для каждого пациента полученные оценки суммируются, и подсчитывается количество ответов для каждой для каждой шкал. В некоторых случаях дополнительным критерием оценки изменений невротической симптоматики безотносительно ее клинической специфики может выступать изменением степени выраженности конкретного симптома. В таком случае исследователь оценивает изменение выраженности симптома (ответа на конкретный вопрос) в первом измерении (до лечения) по сравнению со вторым измерением (после лечения). Сравнение полученных величин позволяет отнести перемены в симптоматике к таким категориям оценки эффективности,

как значительное улучшение, незначительное улучшение, без перемен, ухудшение. Представляет интерес вопрос о том, какие группы симптомов первоначально доминируют в клинической картине больного и какие подвергаются изменениям в процессе лечения. Опросник позволяет оценить наличие и динамику частных симптомов, сформулированных в шкалах опросника, и изменения в структуре общей симптоматики заболевания, которая выступает, чаще всего, в качестве сочетания следующих симптомокомплексов: обсессивно-фобических расстройств, эмоциональных нарушений, соматических расстройств, перцептивно-гностических и личностных нарушений.

Помимо широкой популярности и спектра применения в области большой и малой психиатрии шкалы Симптоматического опросника Александровича имеют корреляционную связь с Гиссенским личностным опросником (Мизинова, 2009), что позволяет говорить о том, что выявляемый с помощью данных этой методики уровень клинической невротической симптоматики так же отражает степень личностной дисфункции, а, если точнее, степень выраженности невротических черт личности, проявляющихся в невротической симптоматике.

2.4.2.2. Описание клинических шкал

I.Страх, фобии. Шкала отражает степень выраженности навязчивых страхов, влияния их на жизнь, субъективную оценку контроля этих страхов и уровень их распространенности у конкретного человека.

II.Депрессивные расстройства. Шкала описывает наличие в жизни человека чувства усталости от жизни, уровень самооценки, веры в собственные силы, наличие суицидной направленности мышления, оценку будущего человека.

III.Беспокойство, напряжение. Данная метрическая переменная отражает уровень наличия следующих феноменов в жизни человека: наплыв мыслей, желание протестовать, агрессивные эмоции, адиктивные привычки,

импульсивность, неконтролируемые приступы выражения агрессии, тревожность, мешающая движениям, рассеянность, внутреннее напряжение.

IV. Нарушение сна. Данная шкала отражает степень присутствия в жизни человека различных расстройств сна (кошмаров, трудностей засыпания, ночные пробуждения, бессонница, сонливость).

V. Истерические расстройства. В результаты данной шкалы включаются желание привлечь к себе внимание окружающих, желания возвысить себя в глазах окружающих, неожиданные бурные переживания эмоций, эмоциональная лабильность.

VI. Неврастенические расстройства. Данная шкала описывает наличие постоянного общего чувства физической усталости, ухудшение когнитивных функций, снижение жизненной силы (энергии).

VII. Сексуальные расстройства. Шкала определяет степень выраженности следующих симптомов: неприятных ощущений в половых органах, снижении потенции, неприятные переживания, связанные с онанизмом, снижение либидо, неудовлетворенность сексуальной жизнью.

VIII. Дереализация. К этой шкале относятся оценки человека чувства реальности окружения, реального мира, чувства чуждости собственного тела, снижение интенсивности переживаний, ощущение «повтора»..

IX. Навязчивости. Результаты этой метрической переменной отражают склонность человека к навязчивому педантизму, наличие obsessions и compulsions, навязчивых образов представления.

X. Трудности в социальных контактах. Оценки данной переменной показывают уровень наличия сложностей для человека пребывать в обществе других людей, чувства одиночества, избегания других людей, стыда в присутствии лиц противоположенного пола.

XI. Ипохондрические расстройства. Оценка отражает переживание человеком блуждающих болей, ощущение неизвестной болезни, страх заболеть, постоянная концентрация на телесных ощущениях, ритуалы, призванные избежать болезни.

XII. Психастенические нарушения. В результатах данной шкалы оцениваются следующие симптомы: недостаток самостоятельности, неуверенность в себе, субъективная беспомощность, чувство внушаемости, грезы на яву, подозрительность по отношению к другим людям.

XIII. Соматические нарушения. Данная шкала включает в себя разнообразные проявления соматических нарушений функционирования организма (пр. нарушение равновесия, шум в ушах, жжение в пищеводе).

2.4.3. Опросник «SF-36»

2.4.3.1. Общая информация

Опросник SF-36 является краткой формой методики оценки здоровья (Medical Outcomes Study-Short Form, сокр. MOS SF-36), широко распространенной в США и Европейских странах. Методика предназначена для оценки неспецифических изменений качества жизни и разработана для оценки этого показателя в исследовании медицинских вмешательств.

SF-36 был разработан в 80ых годах XX века в рамках крупного исследования результатов медицинских вмешательств Ware Jr J.E. (Ware, 1992). Опросник разрабатывался для лиц старше 14 лет и составлен таким образом, что более высокие показатели указывают на более высокий уровень качества жизни. Краткая версия содержит 36 вопросов и 8 клинических шкал:

1. Ограничения в физической деятельности из-за проблем со здоровьем (физическое функционирование);
2. Ограничения ролевой деятельности из-за физических проблем;
3. Телесная боль;
4. Социальное функционирование;
5. Общее психическое здоровье (психологическое расстройство и благополучие);
6. Ограничения ролевой деятельности из-за эмоциональных проблем;
7. Жизнеспособность (энергия и усталость);
8. Общее восприятие здоровья.

Как видно из клинических шкал, они направлены на оценку основных сфер жизни, затрагиваемых заболеванием (Ware, 1992).

Процедура валидации опросника проводилась на базе данных более 1500 пациентов (в разных странах варьируется) с заболеваниями различной нозологии, в результате чего валидность всех клинических шкал и основных показателей опросника была подтверждена. В нашей стране адаптация проводилась в 1998 году на базе Межнационального Центра исследования качества жизни в городе Санкт-Петербурге на материале 2114 человек. Результатом стали высокая согласованность с результатами подобных исследований в других странах, подтверждение надежности психометрических свойств и репрезентативности получаемых данных. В силу своей неспецифичности опросник применяется во многих исследованиях эффективности медицинских вмешательств.

2.4.3.2. Описание клинических показателей

1. Ограничения в физической деятельности из-за проблем со здоровьем (физическое функционирование). Показатель отражает уровень ограничений в физическом функционировании, накладываемый симптомами. Низкий показатель говорит о серьезных ограничениях, соответственно, высокий – о низких. Аналогично в остальных шкалах.

2. Ограничения ролевой деятельности из-за физических проблем. Характеризует влияние физических показателей на выполнение повседневных действий.

3. Телесная боль. Описывает влияние болевых симптомов на способность поддерживать привычный распорядок дня (домашние дела, работа, досуг).

4. Социальное функционирование. Определяет степень, в которой физические и эмоциональные симптомы ограничивают социальную деятельность пациента (общение, взаимодействие с другими).

5.Общее психическое здоровье (психологическое расстройство и благополучие). Характеризует общий эмоциональный фон, наличие тревоги и депрессивных симптомов.

6.Ограничения ролевой деятельности из-за эмоциональных проблем. Характеризует степень влияния эмоциональных нарушений на качество выполнения работы и повседневной деятельности (затраты времени, уменьшение объема и качества работы и др.).

7.Жизнеспособность (энергия и усталость). Описывает субъективное ощущения наличия сил и энергии к поддержания привычного образа жизни.

8.Общее восприятие здоровья. Оценка больным своего актуального состояния здоровья и перспектив этого состояния в результате лечения.

Основные определяемые показатели: физический компонент здоровья (Physical health – PH) и психологический компонент здоровья (Mental Health – MH). Первый характеризует общий уровень влияния заболевания (симптомов и нарушений) на физическая характеристика здоровья пациента. Второй показывает общий уровень влияния заболевания на психологическая характеристика здоровья пациента.

Обработка производится в 2 этапа: вычисление показателей по каждой шкале и вычисление интегральных показателей здоровья (PH, MH) с помощью Z-значений.

2.4.4. Опросник жизнестойкости Мадди

2.4.4.1. Общая информация

Опросник представляет собой краткую версию адаптации теста Hardiness Survey, разработанную американским психологом Сальваторе Мадди (Maddi, 1998). По его мнению, понятие hardiness (аналог - жизнестойкость предложен Д.А. Леонтьевым (Леонтьев, 2006)) описывает способность личности выдерживать стресс, сохраняя внутреннюю сбалансированность, не снижая эффективности деятельности. Жизнестойкость является один из ключевых понятий определяющих влияние стрессоров на соматическое и

психологическое здоровье. В теоретической плоскости, этот термин позволяет соотнести исследования стресса (и моделей реагирования на него) с экзистенциальными представлениями о тревоге (Леонтьев, 2006). Суммарно в ходе разработки итоговой версии опросника (англоязычной) использовались результаты более 6000 человек разного пола, возраста, семейного статуса, социального статуса, образования, вероисповедания и трудовой деятельности. Показатели жизнестойкости оказались этих характеристик выборки.

В представляемом исследовании использование этой методики объясняется важностью жизнестойкости для поддержания эффекта психологических вмешательств в контексте жизни пациента. Адаптацию данной методики осуществляли Д.А. Леонтьев и Е.И. Рассказова (Леонтьев, 2006). В нашей работе используется версия адаптации Е.Н. Осина и Е.Н. Рассказовой (Осин, Рассказова, 2013), который включает 24 вопроса по сравнению с 45 в полной версии.

Процедура адаптации и апробации краткой версии опросника проводилась на выборках 1285 и 4647 человек соответственно (Леонтьев, 2006). По результатам исследования анализ внутренней согласованности конвергентной валидности позволяет рекомендовать методику для исследования жизнестойкости на разных выборках.

По полученным результатам оцениваются показатели вовлеченности, контроля принятия риска и интегральный показатель жизнестойкости. Результаты обрабатываются путем подсчета суммы сырых баллов, соответствующих вопросам (прямые и обратные).

2.4.4.2. Описание клинических шкал

1. Вовлеченность. Характеризует склонность человека к активной позиции, как источнику стоящего и интересного для личности. Такой человек получает удовольствие от собственной деятельности, уверен в себе в благосклонен в миру.

2.Контроль. Показывает убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат. Человек с развитым «контролем» уверен, что сам выбирать свою деятельность, и может повлиять на события в его жизни.

3.Принятие риска. Отражает степень знания человека о том, что события в его жизни способствуют его развитию, что готовность действовать без гарантий результата даст ему полезный жизненный опыт. Здесь принятие риска рассматривает как активная позиция получения опыта и знаний для последующего их использования.

4.Жизнестойкость. Интегральный показатель, объединяющий предыдущие и отражающий меру способности исследуемого к сохранению эффективного функционирования в стрессовых условиях.

Предполагается, что развитие этих в основе своей зависит от отношений родителей с ребенком. В частности, для увеличения вовлеченности принципиально важно принятие и поддержка, любовь и одобрение со стороны родителей. Для развития компонента контроля важна поддержка инициативы ребенка, его стремления справляться с задачами все возрастающей сложности на грани своих возможностей. Для развития принятия риска важно богатство впечатлений, изменчивость и неоднородность среды. Мадди подчеркивает важность выраженности всех трех компонентов для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности и активности в стрессогенных условиях. В нашем случае оценка этого показателя может интерпретироваться как появление или укрепление способности пациента к самостоятельному эффективному взаимодействию со стрессами, возникающее в результате психологических вмешательств в рамках медико-психиатрической помощи.

2.4.5. Полуструктурированное интервью

Для получения более полного анамнеза испытуемых было разработано полуструктурированное интервью (Приложение №5). Целью разработки данной методики являлась необходимость получения субъективной оценки пациентов всех мероприятия лечебного процесса учреждения с конкретной формной

медико-психиатрической помощи (амбулаторное и стационарное лечение расстройств невротического спектра). Интервью включает 14 вопросов, последний вопрос отличался в варианте «до» получения медицинского воздействия и «после» него и был направлен на интегральную оценку состояния пациента. В результате проведения интервью нами была полученная информация о понимании пациентом причины его заболевания и степени влияния болезни на его жизнь (вопросы 1, 2); субъективной оценке структуры проходимого пациентом лечения (вопросы 3, 4, 13); субъективной оценке эффективности основных элементов медицинского воздействия - фармакотерапия, психотерапия, другие мероприятия (другие психологические воздействия - (вопросы 5-10); мотивации к получению назначенного врачом курса лечения (вопросы 11, 12).

Интервью занимает 10-20 минут в зависимости от объема посещаемых пациентом мероприятий и расположенности пациента к взаимодействию с проводящим специалистом. В ходе проведения дополнительно прояснялись склонность пациента получать определенное лечение, дополнительные лечебные мероприятия и отношение пациента к этим мероприятиям.

Глава 3. Результаты исследования

3.1. Изучение динамики невротических черт личности в процессе психологического вмешательства.

В Таблице №4 приведены основные описательные статистики результатов исследования психологических вмешательств по Опроснику невротической личности KON 2006. Опуская среднее значение результатов методики, как основной показатель, который будет рассмотрен отдельно, следует отметить, что минимумы абсолютных значений основного показателя X-KON методики значительно разнятся в исследуемых группах (на 8 единиц до терапии и на 7 – после).

Таблица 4. Основные описательные статистики исследованных групп по опроснику невротической личности KON-2006

X-KON	До терапии		После терапии	
	ПНД	Клиника	ПНД	Клиника
Среднее (стандартная ошибка)	16,93±1,41	18,42±0,81	8,93±0,89	13,28±0,61
Макс.	27	26	21	19
Мин.	5	13	3	10

В соотнесении с аналогичными различиями между средними показателями для поступивших в лечебные заведения (16,93 для пациентов ПНД и 18,42 для пациентов больниц) данная тенденция может свидетельствовать о более высокой выраженности невротических нарушений у пациентов, обращающихся за стационарным лечением. Аналогичных эффектов для других абсолютных показателей не наблюдается.

Для проверки гипотезы о гомогенности дисперсий различных проб группы использовался t-критерий Ливеня. По его результатам дисперсии всех исследуемых шкал используемых методик гомогенны. Однако в силу

равенства исследуемых групп этот показатель не имеет центрального значения. Для наглядности представления результатов первичного анализа будут рассмотрены данные из ПНД и клиник отдельно друг от друга.

3.1.1. Изменения выраженности невротических черт личности у пациентов Психоневрологических диспансеров.

В Таблице №5 представлены средние значения основных показателей шкал методики KON 2006 для группы, проходившей исследование в Психоневрологических диспансерах: средние значения описываемой группы по шкалам до и после психологического вмешательства, различия между средними значениями, средний квадрат, F-Пирсона и уровень достоверности - полученные использованием однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA One-Way).

В ходе анализа шкалы, результаты сравнения средних которых не достигают уровня статистической достоверности ($p > 0,05$) и уровня наличия статистической тенденции ($p > 0,1$), были исключены из описания. Таким образом, в таблице не фигурируют шкалы: Чувство зависимости от окружения ($p \leq 0,2$), Астения ($p \leq 0,31$), отрицательная самооценка ($p \leq 0,61$), Импульсивность ($p \leq 0,38$), Сложность принятия решений ($p \leq 0,77$), Демобилизация ($p \leq 0,51$), Отсутствие внутренней направленности ($p \leq 0,46$), Склонность к представлениям ($p \leq 0,37$), фантазиям ($p \leq 0,16$), Проблемы межличностных отношений ($p \leq 0,16$), Зависть ($p \leq 0,62$), Нарциссизм ($p \leq 0,57$), Чувство опасности ($p \leq 0,71$), Иррациональность ($p \leq 0,28$), Мелочность ($p \leq 0,89$).

Как видно из таблицы 5, уровня наличия статистической тенденции достигают шкалы Рискованное поведение ($p \leq 0,059$), Экзальтация ($p \leq 0,061$) и интегральный показатель X-KON ($p \leq 0,076$), что не позволяет делать уверенных выводов об этих показателях относительно данной группы.

Таблица 5. Описание средних значений шкал методики KON 2006 по результатам исследования пациентов Психоневрологических диспансеров.

	Среднее значение		Различие средних	Средний квадрат	F	Знач.
	До	После				
Отчужденность	6,25±2,84	10,25±1,44	-4±2,14	128	25,26	0,000
Рискованное поведение	5,19±2,10	6,38±1,20	-1,19±1,65	11,28	3,83	0,059
Сложность эмоциональных отношений	6,63±1,96	4,25±1,24	2,38±2,07	45,13	16,77	0,000
Нехватка жизненной энергии	10,13±2,80	7±2,73	3,13±2,75	78,13	10,2	0,003
Уверенность в собственной жизненной беспомощности	7,13±3,38	4,75±2,46	2,38±2,93	45,13	5,15	0,031
Чувство отсутствия влияния	5,31±1,95	8,69±1,25	-3,38±1,61	91,13	33,8	0,000
Чувство вины	6,31±2,77	4,07±1,69	2,25±2,21	40,5	7,67	0,010
Экзальтация	7,19±2,61	5,44±2,48	1,75±2,55	24,5	3,78	0,061
Рефлексивность	5,69±1,99	3,38±1,96	2,31±1,91	42,78	10,95	0,002
Чувство перегрузки	5,13±1,67	3±2,25	2,13±1,93	36,13	9,2	0,005
X-KON	16,94±5,42	13,75±4,34	3,19±4,85	81,28	3,37	0,076

На уровне статистической достоверности находятся показатели Отчужденность ($F(128)=25,263$), Сложность эмоциональных отношений ($F(45,125)=16,765$), Нехватка жизненной энергии ($F(78,125)=10,201$), Уверенность в собственной жизненной беспомощности ($F(45,125) = 5,152$), Чувство отсутствия влияния ($F(91,125)=33,802$), Чувство вины ($F(40,500)=7,672$), Рефлексивность ($F(42,781) = 10,952$), Чувство перегрузки ($F(36,125)=9,204$). Результаты по этим показателями представлены на Графике №1.

В соответствии со структурными характеристиками методики меньшая величина показателя характеризует меньшую выраженность признака. В соответствии с этим различия средних значений представлены

таким образом, чтобы негативный эффект изменения показателя был со знаком «-», а положительный со знаком «+». Наибольший положительный (снижение выраженности черты невротической личности) эффект выявляется по шкалам: Нехватка жизненной энергии ($3,13 \pm 2,75$ при $p \leq 0,003$), Сложность эмоциональных отношений ($2,38 \pm 2,07$ при $p < 0,0005$), Уверенность в собственной жизненной беспомощности ($2,38 \pm 2,93$ при $p \leq 0,031$), Рефлексивность ($2,31 \pm 1,91$ при $p \leq 0,002$), Чувство вины ($2,25 \pm 2,21$ при $p \leq 0,010$), Чувство перегрузки ($2,13 \pm 1,93$ при $p \leq 0,005$). Эти характеристики частично могут характеризовать сферу активности субъекта. Выявленные положительные изменения могут отразиться на повышении эффективности деятельности субъекта.

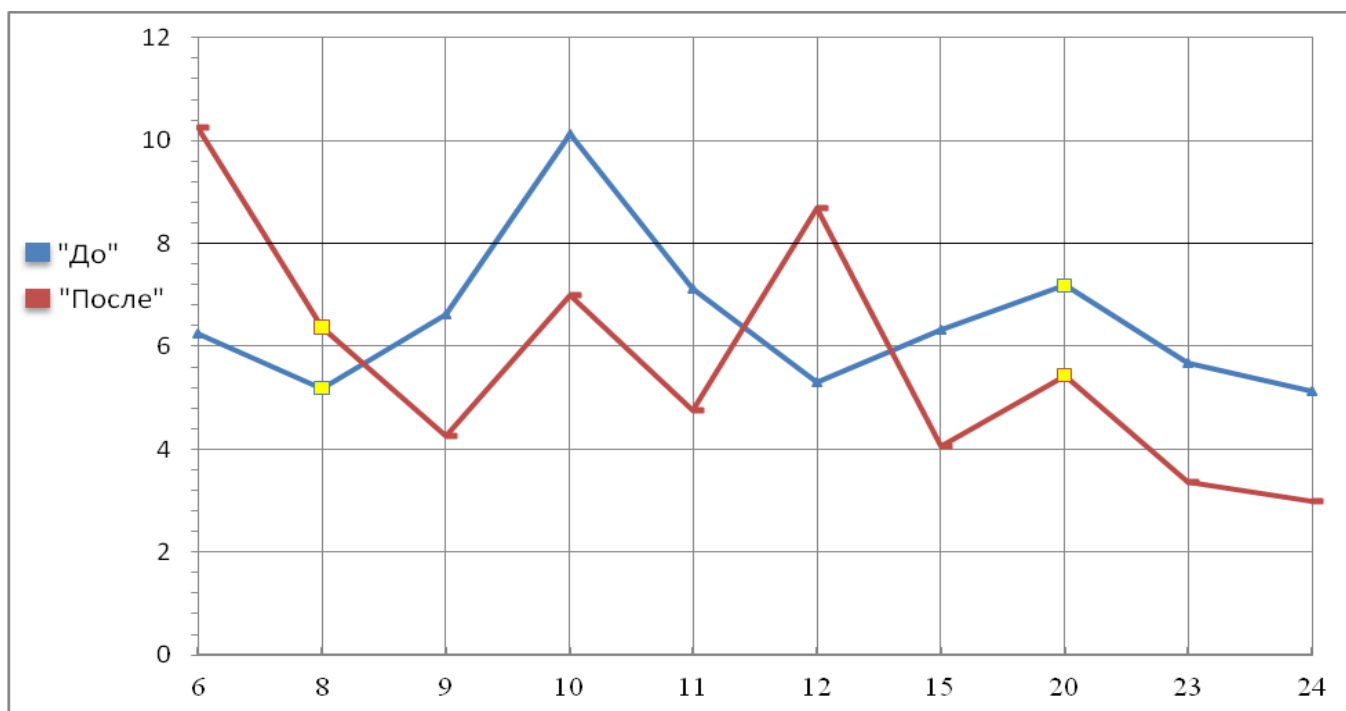


График 1. Сравнение средних значений достоверных показателей методики KON-2006 пациентов Психоневрологических диспансеров

На графике представлено соотношение средних сырых баллов по шкалам методики KON-2006. Синим цветом выделена кривая значений до психологического вмешательства, красным – после психологического вмешательства. Желтым цветом выделены показатели, достигающие уровня статистической тенденции.

Указанные шкалы:

6 – Отчужденность;
8 – Рискованное поведение;
9 – Сложность эмоциональных отношений
10 – Нехватка жизненной энергии
11 – Уверенность в собственной беспомощности

12 – Чувство отсутствия влияния
15 – Чувство вины
20 – Экзальтация
23 – Рефлексивность
24 – Чувство перегрузки

Статистически значимый негативный эффект проявился в шкалах: Отчужденность ($-4 \pm 2,14$ при $p \leq 0,0005$), Чувство отсутствия влияния ($-3,38 \pm 1,61$ при $p \leq 0,0005$) и (на уровне статистической тенденции) Рискованное поведение ($-1,19 \pm 1,65$ при $p \leq 0,059$). Негативный эффект подобного рода имеет большую исследовательскую ценность для изучения эффективности психотерапии. Вопрос его интерпретации будет рассмотрен в параграфе 3.9.

На Графике №2 показано изменение центрального показателя Опросника невротической личности KON-2006 – X-Kon, уровень достоверности которого равен $p \leq 0,076$, относительно нормативных показателей данной методики (8- граница уровня клинической нормы, 18 – граница уровня невротической патологии). Отсутствие статистической достоверности по основному показателю методики (X-KON) не позволяют твердо говорить об изменении невротических черт личности в данной группе.

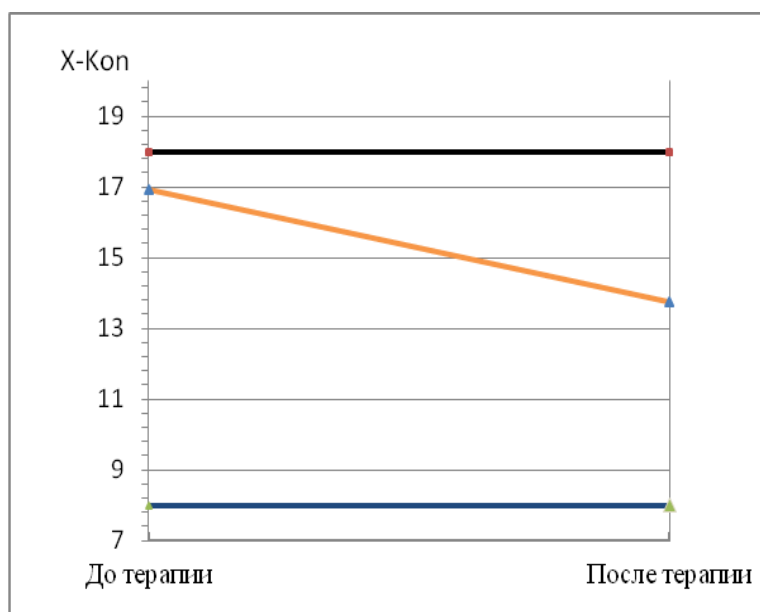


График 2. Сравнение средних значений достоверных показателей методики KON-2006 пациентов
Психоневрологических диспансеров

На графике представлено соотношение средних значений X-Kon до и после терапии. Синим и черным цветом обозначены границы зоны диагностической неопределенности.

3.1.2. Изменения выраженности невротических черт личности у пациентов Клиники.

В Таблице №6 представлены средние значения основных показателей шкал методики KON 2006 для группы, проходившей исследование в клинике со стационарной формой лечения:

Таблица 6. Описание средних значений шкал методики KON 2006 по результатам исследования пациентов клиники.

	Среднее значение		Разница средних	Средний квадрат	F	Знач.
	До	После				
Чувство зависимости от окружения	8,86±2,07	7,5±1,79	1,36±1,91	12,89	3,45	0,075
Отрицательная самооценка	6,79±1,72	5,288±1,64	1,5±1,75	15,75	5,59	0,026
Импульсивность	9,14±2,47	7,07±1,64	2,07±2,11	30,04	5,40	0,028
Сложность принятия решений	7,21±2,48	5,78±2,23	1,43±2,25	14,29	7,32	0,012
Отчужденность	6±1,37	10,36±1,42	-4,36±1,42	132,89	31,64	0,000
Демобилизация	9,64±2,63	8,14±1,22	1,5±1,91	15,75	2,95	0,098
Рискованное поведение	4,93±2,34	7,14±2,28	-2,21±2,31	34,32	16,33	0,000
Сложность эмоциональных отношений	7,71±1,54	4,57±1,35	3,14±1,47	69,14	21,85	0,000
Нехватка жизненной энергии	11,71±1,82	7,71±1,74	4±1,72	112,00	27,03	0,000
Уверенность в собственной жизненной беспомощности	7,43±2,16	4,29±1,90	3,14±2,01	69,14	13,59	0,001
Чувство отсутствия влияния	5,07±2,44	8,07±2,05	-3±2,25	63,00	20,01	0,000
Склонность к представлениям, фантазиям	5,93±2,34	4,71±0,92	1,21±1,65	10,32	4,08	0,054
Чувство вины	6,07±1,69	2,64±1,49	3,43±1,55	82,29	27,38	0,000
Проблемы межличностных отношений	5±2,09	4±1,28	1±1,57	7,00	3,14	0,088
Зависть	1,71±1,61	3,57±1,36	-1,86±1,50	24,14	7,11	0,013
Чувство опасности	1,79±2,02	3,21±1,65	-1,43±1,81	14,29	7,32	0,012
Экзальтация	6,07±1,42	4,43±1,37	1,64±1,37	18,89	12,17	0,002
Рефлексивность	5,07±2,06	2,43±1,79	2,64±1,94	48,89	13,19	0,001
Чувство перегрузки	5±1,62	2,07±2,13	2,93±1,94	60,04	16,80	0,000
X-Коп	18,43±2,95	13,29±2,27	5,14±2,62	185,14	26,70	0,000

средние значения по шкалам до и после психологического вмешательства, различия средних значений, средний квадрат, F-Пирсона и уровень достоверности - полученные использованием однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA One-Way).

В ходе анализа шкалы, результаты сравнения средних которых не достигают уровня статистической достоверности ($p > 0.05$) и уровня наличия статистической тенденции ($p > 0.1$), были исключены. Таким образом, в таблице не фигурируют шкалы: Астения ($p \leq 0.101$), Отсутствие внутренней направленности ($p \leq 0.155$), Нарциссизм ($p \leq 0.109$), Иррациональность ($p \leq 0.444$), Мелочность ($p \leq 0.940$).

Как видно из таблицы, уровня наличия статистической тенденции достигают шкалы Чувство зависимости от окружения ($p \leq 0.075$), Демобилизация ($p \leq 0.098$), Склонность к представлениям ($p \leq 0.054$), Проблемы межличностных отношений ($p \leq 0.088$), что не позволяет делать содержательных выводов об этих личностных особенностях относительно данной группы.

На уровне статистической достоверности находятся показатели Отрицательная самооценка ($F(15,750)=5,593$), Импульсивность ($F(30,036)=5,399$), Сложность принятия решений ($F(30,036)=5,399$), Отчужденность ($F(14,286) = 7,324$), Рискованное поведение ($F(34,321)=16,331$), Сложность эмоциональных отношений ($F(69,143)=21,847$), Нехватка жизненной энергии ($F(112,000)=27,034$), Уверенность в собственной жизненной беспомощности ($F(69,143)=13,590$), Чувство отсутствия влияния ($F(63,000)=20,010$), Чувство вины ($F(82,286)=27,378$), Зависть ($F(24,143)=7,110$), Чувство опасности ($F(14,286)=7,324$), Экзальтация ($F(18,893)=12,172$), Рефлексивность ($F(48,893)=13,193$), Чувство перегрузки ($F(60,036)=16,797$) и X-KON ($F(185,143)=26,700$). Сравнение изменения средних значений по данной группе представлены на Графике №3.

Как продемонстрировано на графике наибольшие положительные изменения связаны со шкалами Нехватка жизненной энергии ($4 \pm 1,72$ при $p \leq 0,0005$), Чувство вины ($3,43 \pm 1,55$ при $p \leq 0,0005$), Уверенность в собственной жизненной беспомощности ($3,14 \pm 2,01$ при $p \leq 0,001$), Сложность эмоциональных контактов ($3,14 \pm 1,47$ при $p \leq 0,0005$), Чувство перегрузки ($2,93 \pm 1,94$ при $p \leq 0,0005$), Рефлексивность ($2,64 \pm 1,94$ при $p \leq 0,001$), Импульсивность ($2,07 \pm 2,11$ при $p \leq 0,028$), Экзальтация ($1,64 \pm 1,37$ при $p \leq 0,002$), Отрицательная самооценка ($2,07 \pm 2,11$ при $p \leq 0,028$), Сложность принятия решений ($1,43 \pm 2,25$ при $p \leq 0,012$). Негативный эффект наиболее ярков данной группе проявился в показателях Отчужденность - $4,36 \pm 1,42$ при $p \leq 0,0005$), Чувство отсутствия влияния ($-3 \pm 2,25$ при $p \leq 0,0005$), Рискованное поведение ($-2,21 \pm 2,31$ при $p \leq 0,0005$), Зависть ($-1,86 \pm 1,50$ при $p \leq 0,013$) и Чувство опасности ($-1,43 \pm 1,81$ при $p \leq 0,012$).

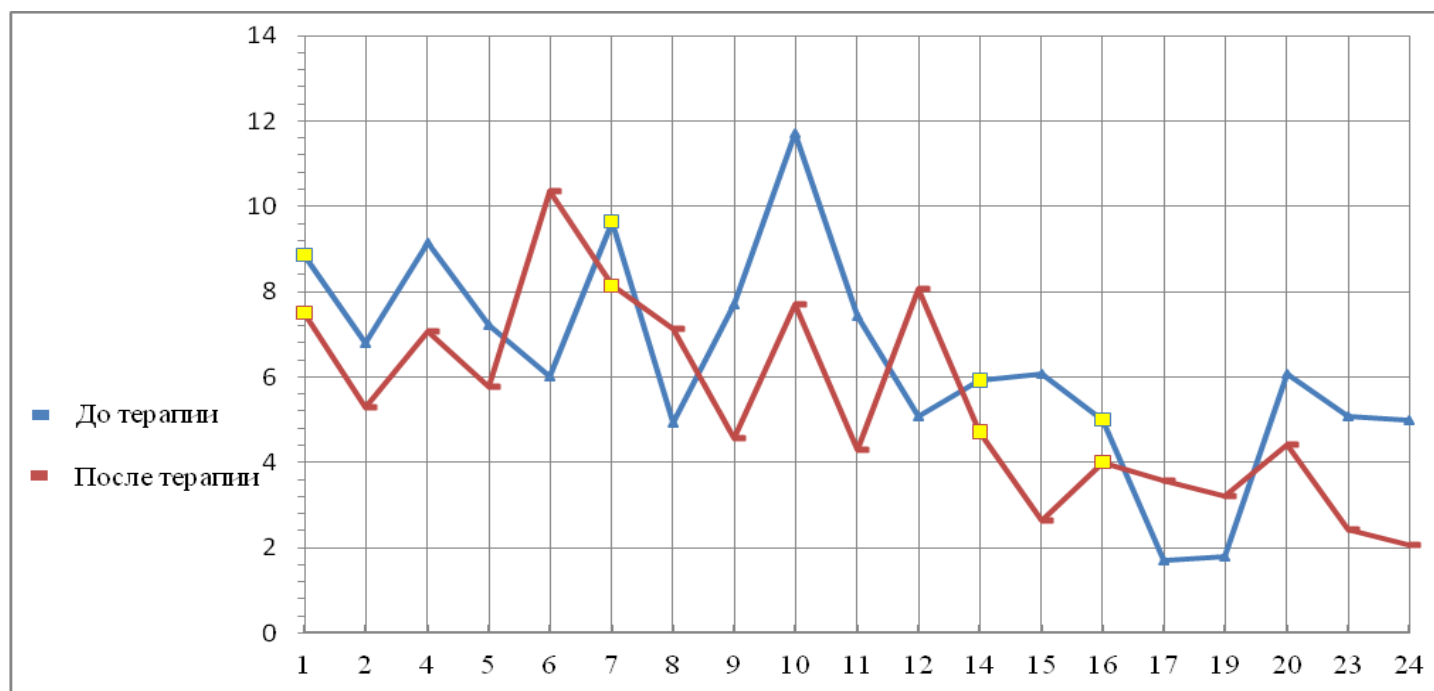


График 3. Сравнение средних значений достоверных показателей методики KON-2006 пациентов Клиники

На графике представлено соотношение средних сырых баллов по шкалам методики KON-2006. Синим цветом выделена кривая значений до психологического вмешательства, красным — после психологического вмешательства. Желтым цветом выделены показатели достигающие уровня статистической тенденции.

Указанные шкалы:

- 1 – Чувство зависимости от окружения;
- 2 – Отрицательная самооценка;
- 4 – Импульсивность;
- 5 – Сложность принятия решений;
- 6 – Отчужденность;
- 7 – Демобилизация;
- 8 – Рискованное поведение;
- 9 – Сложность эмоциональных отношений;

- 10 – Нехватка жизненной энергии;
- 11 – Уверенность в собственной беспомощности;
- 12 – Чувство отсутствия влияния;
- 14 – Склонность к представлениям, фантазии;
- 15 – Чувство вины;
- 16 – Проблемы в межлических отношениях;
- 17 – Зависть;
- 19 – Чувство опасности;

- 20 – Экзальтация;
- 23 – Рефлексивность;
- 24 – Чувство перегрузки.

На Графике №4 показано изменение центрального показателя методики - X-Kon ($5,14 \pm 2,62$ при $p \leq 0,0005$), относительно нормативных показателей данной методики (8- граница уровня клинической нормы, 18 – граница уровня невротической патологии).

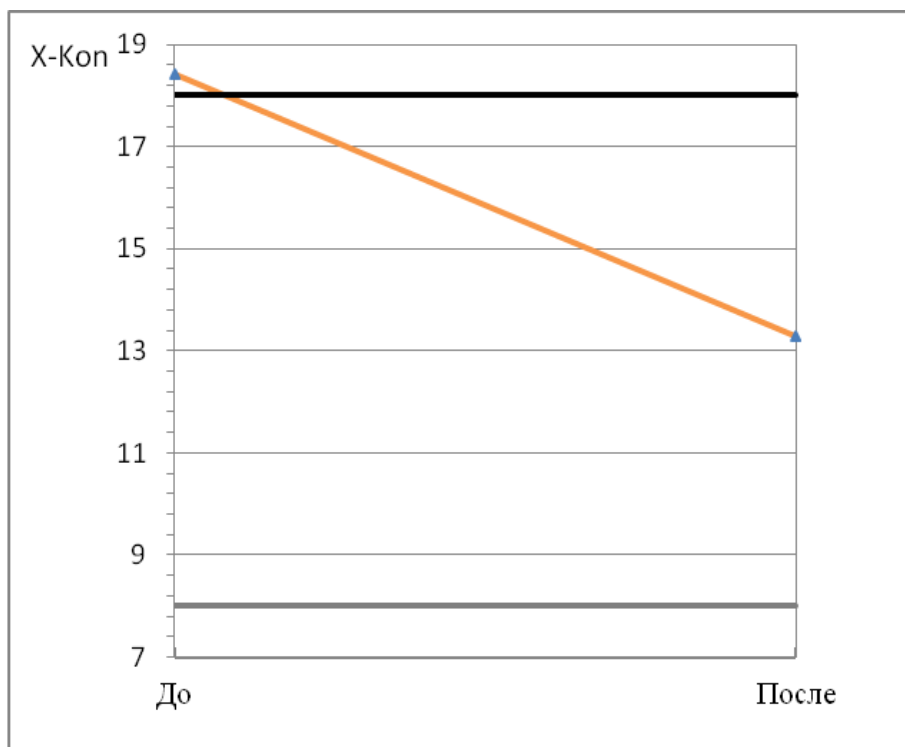


График 4. Сравнение средних значений достоверных показателей методики KON-2006 пациентов
Психоневрологических диспансеров

На графике представлено соотношение средних значений X-Kon до и после терапии. Синим и черным цветом обозначены границы зоны диагностической неопределенности.

3.2. Изучение клинической симптоматики в процессе психологического вмешательства.

Были исследованы показатели клинической симптоматики больных невротическими расстройствами в динамике прохождения лечебных курсов в учреждениях медико-психиатрической помощи города Санкт-Петербурга.

В Таблице № 7 приведены основные описательные статистики результатов исследования по симптоматическому опроснику Александровича. Наибольший интерес представляет срока 2 (средние значения), которые будут рассмотрены ниже. В сравнении максимумов и минимумов абсолютных значений симптоматики (различные пациенты)

наблюдаются различия. Основываясь на эксцессах выборки до получения курса лечения в сочетании с разницей средних значений между пациентами ПНД и клиники со стационарной формой лечения, можно предположить, что за лечением в ПНД обращаются пациенты со значительно большей (103 пунктов в разнице эксцессов и 40 в средних значениях) выраженностью симптоматики. После получения лечения эти кластеры значений выявляют тенденцию к усреднению, что косвенно может свидетельствовать о снижении выраженности симптомов и эффективности оказанной помощи для единичных пациентов. По результатам терапии дисперсия и стандартное отклонения центральных показателей симптоматического опросника Александровича сместились влево относительно оси координат, что говорит, во-первых, о увеличении кучности исследуемых характеристик, то есть исследуемые пациенты в своем состоянии продемонстрировали слабую тенденцию к сближению симптоматики, а, во-вторых, об уменьшении общего фона невротической симптоматики в исследуемой группе людей. Однако данные изменения позволяют говорить лишь о слабом улучшении общего фона симптоматики и незначительном сближении оной в общей массе выборки.

Таблица 7. Изучение основных описательных статистик результатов, полученных с помощью Симтоматического опросника Александровича

	До терапии		После терапии	
	ПНД	Клиника	ПНД	Клиника
Среднее	320,06±34,89	280,5±27,55	223,81±21,03	201,36±19,55
Макс.	563	460	388	374
Мин.	129	135	100	105

3.2.1. Изучение динамики клинической симптоматики пациентов Психоневрологических диспансеров.

В Таблице № 8 представлены результаты первичного анализа пациентов ПНД «до» и «после» психологического вмешательства и уровень достоверности полученных средних по шкалам Симптоматического опросника Александровича.

Данные получены с помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA One-Way). Уровень значимости в данной таблице указан для попарного сравнения результатов «до» и «после» терапии только для тех испытуемых, которые полностью прошли исследование.

Заранее отметим, что из таблицы были исключены шкалы, по которым уровень достоверности превышает 0,100, что нельзя анализировать как статически значимые результаты. К таким шкалам относятся: Депрессивные расстройства ($p \leq 0,114$), Нарушения сна ($p \leq 0,293$), Неврастенические расстройства ($p \leq 0,115$), Дерезализация ($p \leq 0,379$), Навязчивости ($p \leq 0,464$), Трудности в социальных контактах ($p \leq 0,226$), Психастенические нарушения ($p \leq 0,126$).

Таблица 8. Описание средних значений показателей симптоматического опросника Александровича по результатам пациентов Психоневрологических диспансеров.

	Среднее значение		Разница средних	Средний квадрат	F	Знач.
	До	После				
Страх, фобии	34,63±20,43	22,06±13,45	12,56±17,25	1262,53	4,22	0,049
Беспокойство, напряжение	30,44±14,71	21,5±8,98	8,94±12,75	639,03	4,30	0,047
Истерические расстройства	20,75±14,40	10,5±8,33	10,25±12,71	840,50	6,07	0,020
Сексуальные расстройства	19,19±10,08	11,5±8,16	7,69±9,07	472,78	5,62	0,024
Ипохондрические расстройства	13,63±7,75	9±4,41	4,63±6,10	171,13	4,30	0,047
Соматические нарушения	83,75±39,05	63,31±27,00	20,44±33,02	3341,53	2,96	0,095
Σ С.О.	320,06±139,54	223,81±84,14	96,25±111,05	74112,50	5,58	0,025

Наиболее близкими к уровню статистической достоверности, но все же не достигающие его являются изменения в показателях по шкале Соматические нарушения ($p \leq 0,095$). Данный показатель может свидетельствовать о возможном наличии положительного вектора изменений соматической симптоматики.

По результатам Симптоматического опросника Александровича статистически достоверными ($p < 0.05$) являются результаты по шкале Страх, фобии ($F(1262,531) = 4,219$), Беспокойство, напряжение ($F(639,031) = 4,300$), Истерические расстройства ($F(840,500) = 6,072$), (Сексуальные расстройства ($F(472,781) = 5,623$), Ипохондрические расстройства ($F(171,125) = 4,301$), Сумма С.О. ($F(74112,500) = 5,582$).

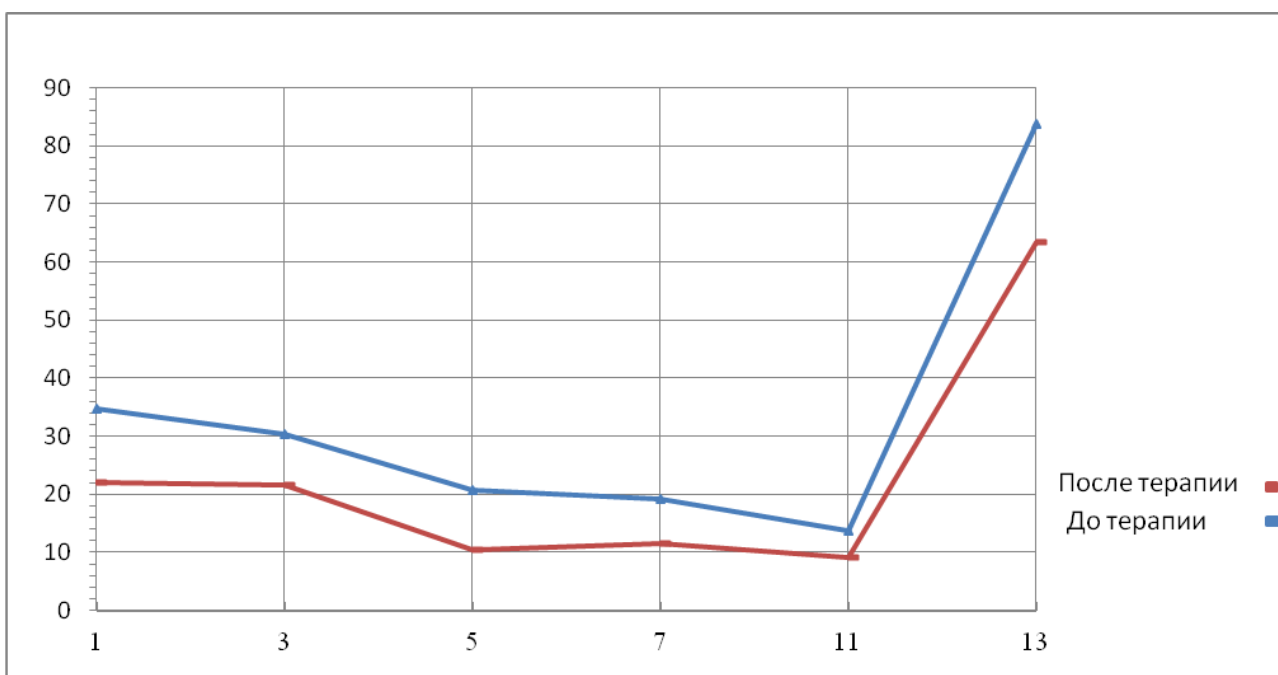


График 5. Сравнение средних значений показателей Симптоматического опросника Александровича по данным пациентов Психоневрологических диспансеров.

На графике представлено соотношение средних значений достоверных показателей до и после терапии. Синим цветом обозначена кривая значений «до» терапии, красным — «после терапии». На оси абсцисс расположены шкалы, на оси ординат — числовые значения показателя.

Указанные шкалы:

- 1 — Страх, фобии;
- 3 — Беспокойство и напряжение;
- 5 — Истерические расстройства;
- 7 — Сексуальные расстройства;
- 11 — Ипохондрические расстройства;
- 13 — Соматические нарушения;

Результаты сравнения средних значений данной группы «до» и

«после» терапии для шкал достигающих и максимально близких к уровню статистической достоверности представлены на графике №5.

Негативного эффекта в статистически достоверных результатах не наблюдается. Наиболее сильные средние значения Страх, фобии ($12,56 \pm 17,25$ при $p \leq 0,049$), Истерические расстройства ($10,25 \pm 12,71$ при $p \leq 0,020$), Беспокойство, напряжение ($8,94 \pm 12,75$ при $p \leq 0,047$), Сексуальные расстройства ($7,69 \pm 9,07$ при $p \leq 0,024$), Ипохондрические расстройства ($4,63 \pm 6,10$ при $p \leq 0,047$).

Оценки общего показателя клинической симптоматики опросника Александровича позволяют говорить о наличии статистически достоверного ($96,25 \pm 111,05$ при $p \leq 0,025$) положительного эффекта у респондентов обсуждаемой группы. Изменения представлены на графике № 6.

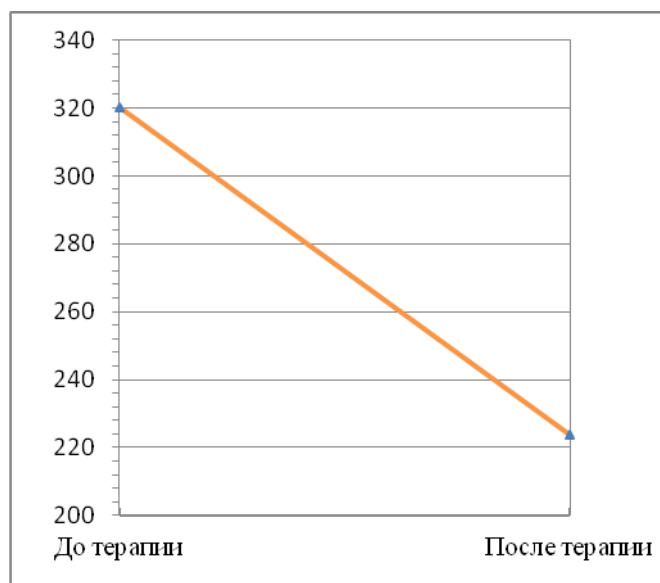


График 6. Динамика интегрального показателя Симптоматического опросника Александровича в группе пациентов Психоневрологических диспансеров.

На графике представлено соотношение средних значений Σ показателей Симптоматического опросника Александровича до и после терапии. На оси абсцисс характер измерений, на оси ординат – числовые значения показателя

3.2.2. Изучение динамики клинической симптоматики у пациентов Клиники.

Была исследована динамика клинической симптоматики пациентов клиники в процессе прохождения лечения. В таблице № 9 представлены

результаты первичного анализа пациентов клиники со стационарной формой лечения «до» и «после» психологического вмешательства и уровень достоверности полученных средних по шкалам Симптоматического опросника Александровича. Данные получены с помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA One-Way).

Из таблицы были исключены шкалы, по которым уровень достоверности превышает $p > 0.100$, что нельзя отнести к статической достоверности и статистической тенденции. К таким шкалам относятся: Депрессивные расстройства ($p \leq 0,136$), Истерические расстройства ($p \leq 0,161$), Дерекализация ($p \leq 0,513$), Навязчивости ($p \leq 0,147$), Трудности в социальных контактах ($p \leq 0,377$), Ипохондрические расстройства ($p \leq 0,295$), Психастенические нарушения ($p \leq 0,385$), Соматические нарушения ($p \leq 0,120$).

Таблица 9. Описание средних значений показателей симптоматического опросника Александровича по результатам пациентов Клиники.

	Среднее значение		Разница средних	Средний квадрат	F	Знач.
	До	После				
Страх, фобии	26,5±12,92	19,21±9,50	7,26±11,21	371,57	2,89	0,100
Беспокойство, напряжение	23,76±12,96	15,5±9,41	8,29±11,19	480,57	3,75	0,064
Нарушение сна	14,29±8,79	9,43±6,00	4,86±7,39	165,14	2,92	0,100
Неврастенические расстройства	30,76±15,73	20,86±10,67	9,93±13,20	690,04	3,82	0,062
Σ С.О.	280,5±103,10	201,35±73,13	79,14±88,12	43845,14	5,49	0,027

Наиболее близкими к уровню статистической достоверности, но все же не достигающие его являются изменения в показателях по шкалам Страх, фобии ($p \leq 0,100$), Беспокойство, напряжение ($p \leq 0,064$), Нарушение сна ($p \leq 0,100$), Неврастенические расстройства ($p \leq 0,062$). Вероятнее всего полученные результаты связаны с недостаточным объемом выборки для получения значимых различий между средними.

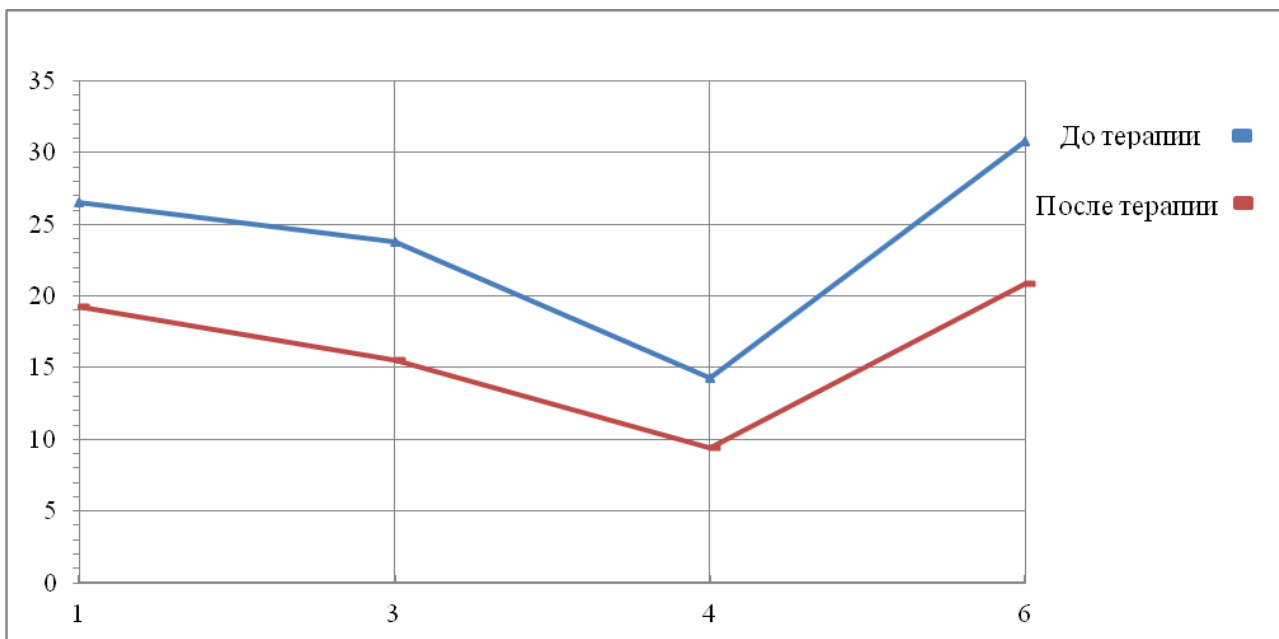


График 7. Сравнение средних значений показателей Симптоматического опросника Александровича по данным пациентов Психоневрологических диспансеров.

На графике представлено соотношение средних значений показателей «до» и «после» терапии. Синим цветом обозначена кривая значений «до» терапии, красным – «после» терапии. Желтым цветом выделены показатели, достигающие уровня статистической тенденции. На оси абсцисс расположены шкалы, на оси ординат – числовые значения показателя.

Указанные шкалы:

1 – Страх, фобии;

3 – Беспокойство, напряжение;

4 – Нарушения сна;

6 – Неврастенические расстройства.

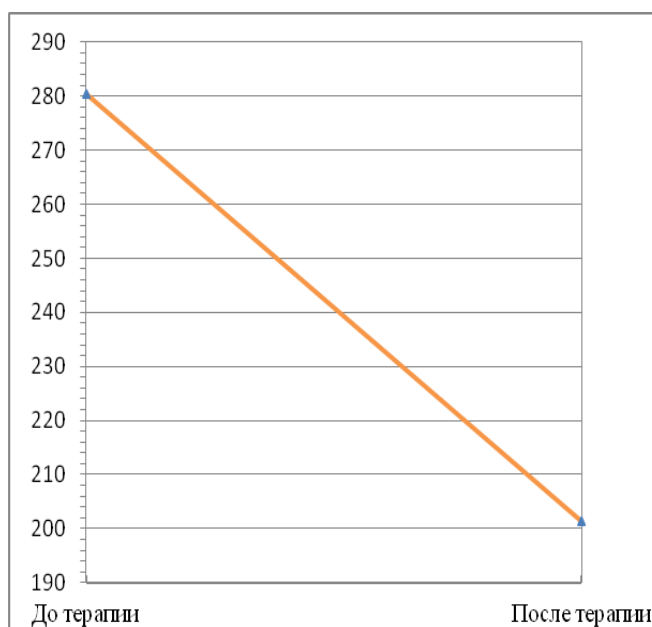


График 8. Динамика интегрального показателя Симптоматического опросника Александровича в группе пациентов Клиники.

На графике представлено соотношение средних значений Σ показателей Симптоматического опросника Александровича «до» и «после» терапии. На оси абсцисс характер измерений, на оси ординат – числовые значения показателя.

Статистически достоверным проявил себя показатель \sum С.О. ($F(43845,143)=5,488$). Положительные изменения клинической симптоматики, которые можно принять во внимание наблюдается по показателю \sum С.О. ($79,14 \pm 88,12$ при $p \leq 0,027$).

Оценка различия центрального показателя методики представлена на графике № 7. Уровень достоверности разницы средних позволяет констатировать уменьшение клинической симптоматики в результате лечения в клинике со стационарной формой лечения.

3.3. Изучение изменения жизнестойкости в процессе психологического вмешательства.

В данном параграфе будут рассматриваться динамика жизнестойкости в процессе психологического вмешательства в рамках терапии расстройств невротического спектра в ПНД и клинике. В таблице № 10 представлены основные описательные статистики по группам.

Таблица 10. Основные описательные статистики теста Жизнестойкости

	До терапии		После терапии	
	ПНД	Клиника	ПНД	Клиника
Среднее	$29,81 \pm 0,88$	$27,5 \pm 1,28$	$37,56 \pm 1,64$	$39 \pm 1,41$
Макс.	36	35	47	47
Мин.	24	20	25	29

Согласно техническим характеристикам методики, повышение показателей соответствует росту уровня жизнестойкости. Максимальные значения до терапии (36 единиц и 35 единиц) и после (47 единиц и 47 единиц) практически не различаются, что может свидетельствовать об отсутствии различий между исследуемыми группами в единичных случаях пациентов. Так же в ходе терапии максимумы возросли на 10 единиц в обоих случаях. Минимальные значения в группе ПНД изменились на 1 единицу в ходе терапии, а в группе клиники на 9 единиц, что косвенно можно

интерпретировать как отсутствие единичных изменений в группе ПНД. Интерпретация средних значений по группам будет представлена в параграфе 3.9.

3.3.1. Изучение динамики жизнестойкости в процессе психологического вмешательства по результатам пациентов Психоневрологических диспансеров.

Были исследованы показатели жизнестойкости в группе пациентов Психоневрологических диспансеров. Результаты первичной статистической обработки (ANOVA One-Way) представлены в таблице №11.

Таблица 11. Результаты исследования средних значений теста Жизнестойкости в группе пациентов Психоневрологических диспансеров.

	Средние значения		Разница средних	Средний квадрат	F	Знач.
	До	После				
Жизнестойкость	29,81±3,52	37,56±6,54	7,75±5,01	480,50	17,40	,000
Вовлеченность	13,125±3,30	16,375±3,16	3,25±3,23	84,50	8,09	,008
Контроль	9,94±1,81	11,69±2,63	1,75±2,22	24,50	4,82	,036
Принятие риска	6,75±2,02	9,5±2,16	2,75±2,09	60,50	13,85	,001

Все основные показатели методики Исследования жизнестойкости Мадди в адаптации Осина-Рассказовой достигают уровня статистической значимости ($p < 0,05$): Вовлеченность ($F(480,500) = 17,402$), Контроль ($F(24,500) = 4,824$), Принятие риска ($F(24,500) = 4,824$), Жизнестойкость ($F(60,500) = 13,855$).

Негативных эффектов по показателям методики не выявлено. Позитивные изменения средних значений по основным шкалам составили: Жизнестойкость ($7,75 \pm 5,02$ при $p \leq 0,0005$), Вовлеченность ($3,25 \pm 2,23$ при $p \leq 0,008$), Принятие риска ($2,75 \pm 2,09$ при $p \leq 0,001$), Контроль ($1,75 \pm 2,22$ при $p \leq 0,036$). Стоит отметить, что основной показатель жизнестойкости вычисляется суммированием остальных шкал, чем обусловлено высокое значение этого показателя по отношению к остальным.

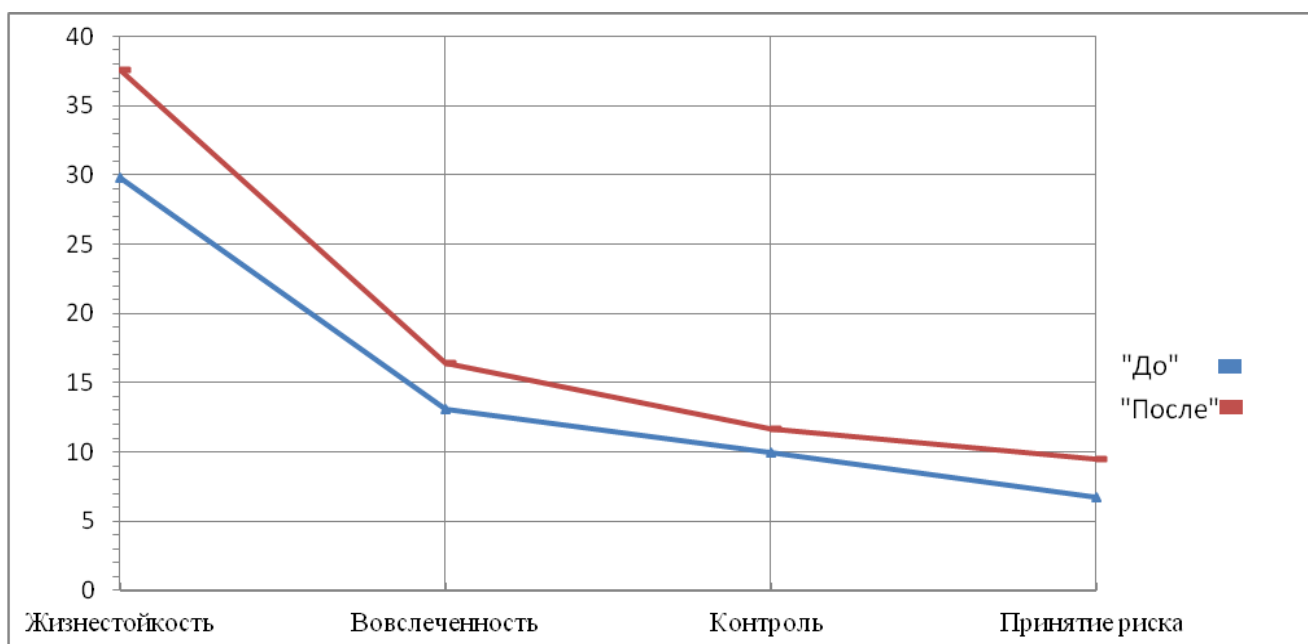


График 9. Сравнение средних значений показателей теста Жизнестойкости по данным пациентов Психоневрологических диспансеров.

На графике представлено соотношение средних значений показателей «до» и «после» терапии. Синим цветом обозначена кривая значений «до» терапии, красным – «после» терапии. На оси абсцисс расположены шкалы, на оси ординат – числовые значения показателя.

3.3.2. Изучение динамики жизнестойкости в процессе психологического вмешательства по результатам пациентов Клиники.

Были исследованы показатели жизнестойкости в группе пациентов клиники со стационарной формой лечения. Результаты первичной статистической обработки (ANOVA One-Way) представлены в Таблице №12.

Таблица 12. Результаты исследования средних значений теста Жизнестойкости в группе пациентов Клиники.

	Среднее значение		Разница средних	Средний квадрат	F	Знач.
	До	После				
Жизнестойкость	27,5±4,78	39±5,29	11,5±5,03	925,75	36,39	0,000
Вовлеченность	10,93±3,22	16,93±2,56	6±2,68	252,00	29,80	0,000
Контроль	9,36±1,98	12,79±2,60	3,43±2,75	82,29	15,33	0,001
Принятие риска	7,21±2,91	9,29±2,46	2,07±2,76	30,04	4,13	0,053

На уровне наличия статистической тенденции находится показатель методики Принятие риска ($p \leq 0,053$).

Достигают уровня статистической значимости следующие показатели

($p < 0,05$): Вовлеченность ($F(252,000) = 29,801$), Контроль ($F(82,286) = 15,329$), Жизнестойкость ($F(925,750) = 36,386$).

Негативных эффектов по показателям методики не выявлено. Позитивные изменения средних значений по основным шкалам составили: Жизнестойкость ($11,5 \pm 5,03$ при $p \leq 0,0005$), Вовлеченность ($6 \pm 2,68$ при $p \leq 0,0005$), Контроль ($3,43 \pm 2,75$ при $p \leq 0,001$). Стоит отметить, что основным показателем жизнестойкости вычисляется суммирование остальных шкал, чем обусловлены высокие значения этого показателя по отношению к остальным.

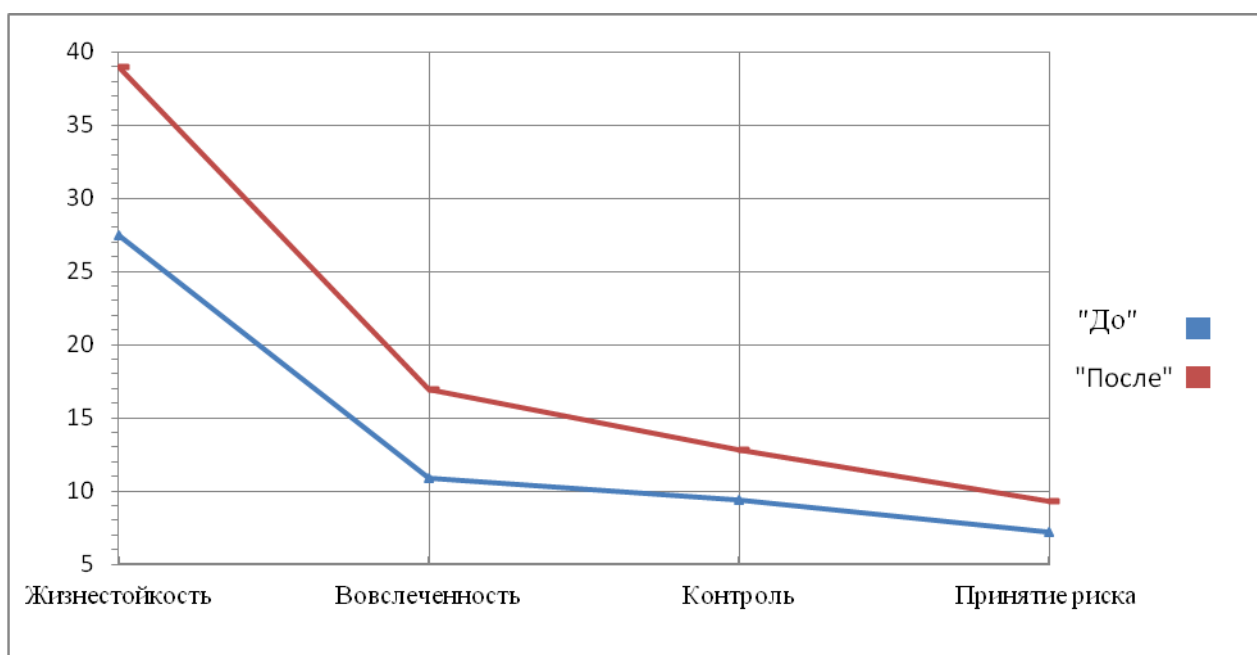


График 10. Сравнение средних значений показателей теста Жизнестойкости по данным пациентов Клиники.

На графике представлено соотношение средних значений показателей «до» и «после» терапии. Синим цветом обозначена кривая значений «до» терапии, красным – «после» терапии. На оси абсцисс расположены шкалы, на оси ординат – числовые значения показателя.

3.4. Динамика качества жизни в течение психологического вмешательства.

С помощью опросника Sf-36 был исследован уровень качества жизни пациентов, проходивших лечение. Основные описательные статистики показателей опросника РН (Physical health – физическое здоровье) и МН (Mental Health – психическое здоровье) представлены в Таблице № 13 и № 14 соответственно. Согласно структурным характеристикам методики более высокие значения показателей соответствуют лучшему качеству жизни. Подробный анализ средних значений будет проведен в параграфах 3.4.1 и 3.4.2.

Как видно из представленных данных минимумы уровня физического здоровья в единичных случаях в обеих группах отличаются всего на 1 единицу. Аналогичного эффекта по максимумам не наблюдается: выше максимальные значения физического здоровья выражены в группе ПНД до и после терапии (на 7 и 12 единиц) в группе «до» и «после» терапии соответственно. Вместе с тем динамика экстремумов в сторону их увеличения следующая: максимумов для группы ПНД и клиник на 6 и 1 единицу соответственно и минимумов – на 6 и 4 единицы – несколько выше в группе ПНД.

Таблица 13. Основные описательные статистики результатов применения опросника качества жизни SF-36 по показателю РН.

РН	До терапии		После терапии	
	ПНД	Клиника	ПНД	Клиника
Среднее	45,48±1,73	41,7±1,13	47,85±1,59	44,30±1,03
Макс.	56	49	62	50
Мин.	32	33	38	37

Таблица 14. Основные описательные статистики результатов применения опросника качества жизни SF-36 по показателю РН.

МН	До терапии		После терапии	
	ПНД	Клиника	ПНД	Клиника
Среднее	48,51±0,20	48,87±0,21	48,76±0,18	49,26±0,19
Макс.	50	50	49	50
Мин.	47	47	47	48

Относительно психического здоровья не наблюдается таких ярких изменений в анализе экстремумов, что, вероятно, связано с низкой (относительно других показателей) числовой динамикой: средняя ошибка средних варьируется от 0,184 до 0,208.

3.4.1. Изучение динамики качества жизни у пациентов Психоневрологических диспансеров.

Был проведен первичный анализ результатов методики с помощью AVONA One-Way. Результаты группы пациентов, проходивших лечение в

Психоневрологических диспансерах, представлены в таблице № 15.

Таблица 15. Результаты исследования средних значений качества жизни SF-36 в группе пациентов Психоневрологических диспансеров.

	Средние значения		Разница средних	Средний квадрат	F	Знач.
	До	После				
РН	45,48±6,93	47,85±6,35	2,36±6,61	44,58	1,01	0,323
МН	48,51±0,78	48,76±0,74	0,25±0,76	0,50	0,87	0,358

Среднеквадратичное отклонение средних для физического (6,9258 и 6,3456 – до и после соответственно) и психического здоровья (0,7801 и 0,7373) выше разницы средних и, как следствие, неудовлетворяющий критерию статистической значимости показатель достоверности ($p \leq 0,323$ для РН и $p \leq 0,358$ для МН) не позволяют делать содержательных выводов относительно полученных результатов - График № 11.

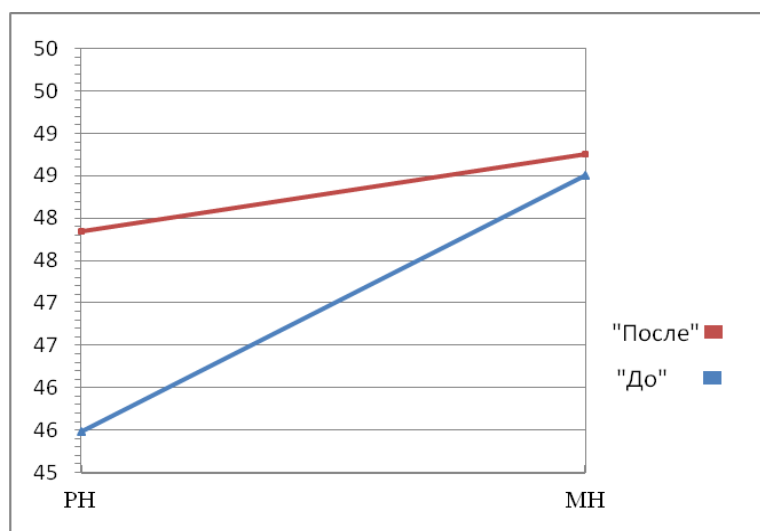


График 11. Сравнение средних значений показателей опросника качества жизни SF-36 по данным пациентов Психоневрологических диспансеров.

На графике представлено соотношение средних значений показателей «до» и «после» терапии. Синим цветом обозначена кривая значений «до» терапии, красным – «после» терапии. На оси абсцисс расположены шкалы, на оси ординат – числовые значения показателя.

3.4.2. Изучение динамики качества жизни у пациентов Клиники.

Были исследованы показатели качества жизни пациентов, проходивших лечение в отделении клиники. Результаты первичного статистического анализа (ANOVA One-Way) группы пациентов, проходивших лечения в клинике со стационарной формой лечения представлены в таблице № 16.

Таблица 16. Результаты исследования средних значений качества жизни SF-36 в группе пациентов Клиники.

	Среднее значение		Разница средних	Средний квадрат	F	Знач.
	До	После				
РН	41,71±4,22	44,30±3,85	2,59±4,05	46,94	2,88	0,102
МН	48,87±0,78	49,26±0,72	0,39±0,75	1,09	1,93	0,177

Как видно из таблицы низкая разница средних значений (2,589496 – РН и 0,39376 - МН) по сравнению со среднеквадратичным отклонением (РН «до» и «после» соответственно 4,2166 и 3,8494; МН «до» и «после» - 0,7773 и 0,7228) приводят к недостаточному уровню достоверности результатов (РН – $p \leq 0,102$, МН – $p \leq 0,177$). Однако в группе пациентов клиники уровень значимости в среднем почти на 0,2 выше, чем в группе пациентов ПНД. Сравнение средних значений без учета среднеквадратичного отклонения представлено на Графике № 12.

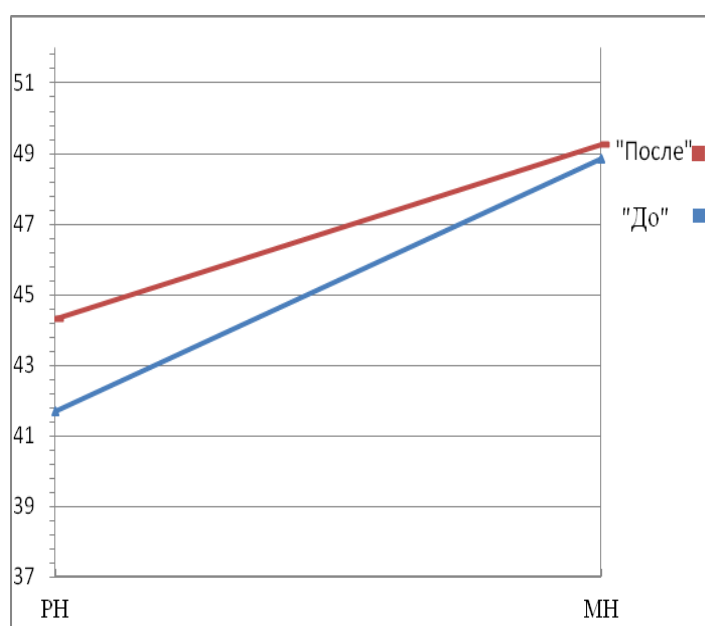


График 12. Сравнение средних значений показателей опросника качества жизни SF-36 по данным пациентов Клиники.

На графике представлено соотношение средних значений показателей «до» и «после» терапии. Синим цветом обозначена кривая значений «до» терапии, красным – «после» терапии. На оси абсцисс расположены шкалы, на оси ординат – числовые значения показателя.

3.5. Исследование субъективной оценки получаемого лечения.

Была проведена оценка изменений субъективного понимания

проведенного лечения у пациентов исследованных групп с помощью полуструктурированного интервью.

Интервью направленно было на изучение: уровня понимания психогенного механизма невротического расстройства; структуры получаемого лечения; мотивации получать назначенное лечение; удовлетворенности назначенными процедурами; интегральной оценки изменения субъективного состояния. Подробнее вопросы интервью представлены в Приложении № 5 Таблица сравнительных результатов представлена в Приложении № 6.

В результате в группе пациентов Психоневрологических диспансеров (16 человек, 100%) в отношении понимания природы заболевания социогенные причины (трудности в отношениях с окружающими) стали выделять на 3 (18,75%) человека меньше, экзогенные причины на 1 человека (6,25%) меньше, психогенную причину отметили как центральную в формировании заболевания на 4 человека (25%) больше. В среднем по оценке пациентов время, затрачиваемое на размышления о своем заболевании, уменьшилось на 1,2 единицы по 10 больной шкале.

В отношении процедур, проводимых в учреждениях, всем пациентам назначались лекарственные препараты. Изначально только 12 человек (75%) получали психотерапию на отделении. Так же после прохождения лечения 6 человек (37,5%) связывали улучшения своего состояния с групповой психотерапией, а после 9 человек (56,25%), а в отношении индивидуальной – изначально 6 человек (37,5%), после – 12 человек (75%). Шкальная оценка изменялись в процессе лечения в отношении препаратов на -0,3 балла, в отношении групповых занятий на отделении на 0,9 балла, в отношении групповой психотерапии на 0,9 балла, так же в отношении индивидуальной психотерапии. Вместе с тем суммарная оценка полученного лечения изменилась на 4.1 балла в сторону повышения удовлетворенности пациентов.

На вопрос относительно мотивации получения лечения в дальнейшем пациенты преимущественно давали оценки 8 и 9 соответствующие высокому уровню мотивированности, результате чего, средние различия между

состоянием пациентов до терапии и после составили 1,2 балла. Основные пожелания пациентов в отношении лечения остались идентичными в процессе прохождения лечения и структурировались следующим образом: другие препараты (11 человек, 68,75%), продолжение психотерапии (9 человек, 56,25%), более комфортные условия (7 человек, 43,75%).

Субъективная оценка состояния пациентов в отдельных случаях менялась на 1-3 балла и в среднем изменилась на 1,9 балла в сторону улучшения.

Относительно группы пациентов клиники со стационарной формой лечения (14 человек, 100%) были получены несколько иные результаты. В отношении понимания природы заболевания социогенные причины стали выделять на 2 (14,3%) человека меньше, экзогенные причины на 1 человека (7,1%) меньше психогенную причину отметили как центральную в формировании заболевания на 4 человека (28,6%) больше. В среднем, по оценке пациентов, время, затрачиваемое на размышления о своем заболевании, уменьшилось на 0,9 единицы по 10 больной шкале.

В отношении процедур, проводимых в учреждениях, всем пациентам назначались лекарственные препараты. Изначально психотерапию, как основной вид лечения, выделяли только 11 человек (78,6%). Так же после прохождения лечения на 6 человек (37,5%) связывали улучшения своего состояния с групповой психотерапией, а с индивидуальной - на 6 человек (37,5%) больше. Шкальная оценка изменялась в процессе лечения в отношении препаратов на 1,3 балла, в отношении групповых занятий на отделении на 0,8 балла, в отношении групповой психотерапии на 2 балла, на 1,5 балла в отношении индивидуальной психотерапии. Вместе с тем суммарная оценка полученного лечения изменилась на 2,9 балла в сторону повышения удовлетворенности пациентов.

На вопрос относительно мотивации получения лечения в дальнейшем пациенты преимущественно давали оценки 7 и 8 соответствующие высокому уровню мотивированности и средние до терапии и после составили 0,9 балла. Основные пожелания пациентов в отношении лечения остались идентичными в

процессе прохождения лечения и структурировались следующим образом: другие препараты (9 человек, 64,3%), продолжение психотерапии (7 человек, 50%), более комфортные условия (7 человек, 50%).

Субъективная оценка состояния пациентов в отдельных случаях менялась на 1-3 балла и в среднем изменилась на 1,75 балла в сторону улучшения.

3.6. Изучение взаимосвязей исследованных показателей среди обследованной выборки.

С целью исследования взаимосвязей между используемыми методиками был проведен корреляционный анализ (r-Пирсона) между основными показателями используемых методик. На основе чего построено шесть корреляционных матриц относительно показателей: «до» терапии в ПНД; «до» терапии» в клинике; «после» терапии в ПНД; «после» терапии» в клинике; «до» терапии; «после» терапии.

В таблице № 17 представлены результаты корреляционного анализа данных пациентов «до» терапии в ПНД.

Таблица 147. Результаты корреляционного анализа результатов пациентов Психоневрологических диспансеров "до" терапии.

	X-Кон	Σ С.О.	Жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	РН	МН
X-Кон	1							
Σ С.О.	,032	1						
Жизнестойкость	,240	,124	1					
Вовлеченность	,187	-,062	,706**	1				
Контроль	-,014	,451	,312	-,177	1			
Принятие риска	,127	-,085	,312	-,245	-,059	1		
РН	,304	-,293	-,119	-,040	-,307	,132	1	
МН	-,394	,249	,268	,085	,394	-,024	-,560*	1

*- уровень значимости данных $p < 0.05$

** - уровень значимости данных $p < 0.01$

Цветом выделены значимые коэффициенты корреляции.

Статистически достоверная взаимосвязь выявляется по показателям: «Жизнестойкость» и «Вовлеченность» ($r=0,706$, $p \leq 0,05$) опросника Мадди (в адаптации Осина-Рассказовой), РН и МН ($r=0,560$, $p \leq 0,05$) опросника качества жизни SF-36.

Взаимосвязи основных показателей «после» терапии в группе пациентов ПНД представлены в таблице № 18.

Таблица 158. Результаты корреляционного анализа результатов пациентов Психоневрологических диспансеров "после" терапии.

	Х-Коп	Сумма С.О.	Жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	РН	МН
Х-Коп	1							
\sum С.О.	,042	1						
Жизнестойкость	-,070	-,082	1					
Вовлеченность	,002	,191	,850**	1				
Контроль	-,276	-,270	,869**	,602*	1			
Принятие риска	,121	-,200	,729**	,381	,535*	1		
РН	,405	-,002	-,124	-,005	-,012	-,355	1	
МН	-,361	-,202	,155	-,027	,155	,319	-,587*	1

*- уровень значимости данных $p < 0.05$

** - уровень значимости данных $p < 0.01$

Цветом выделены значимые коэффициенты корреляции.

Основной интерес представляет взаимодействие параметров «Жизнестойкость» и «Вовлеченность» ($r=0,850$, $p < 0,01$) опросника Мадди (в адаптации Осина-Рассказовой), «Жизнестойкость» и «Контроль» ($r=0,869$, $p \leq 0,01$) опросника Мадди (в адаптации Осина-Рассказовой), «Жизнестойкость» и «Принятие риска» ($r=0,729$, $p \leq 0,01$) опросника Мадди (в адаптации Осина-Рассказовой), «Вовлеченность» и «Контроль» ($r=0,602$, $p \leq 0,05$), «Контроль» и «Принятие риска» ($r=0,535$, $p \leq 0,05$), РН и МН ($r=-0,587$, $p \leq 0,05$) опросника качества жизни SF-36, достигающие уровня статистической значимости.

В группе пациентов клиники «до» терапии, как продемонстрировано в Таблице № 19, было выявлено несколько статистически достоверных связей.

Показатели «Х-Кон» опросника невротической личности Александровича и «МН» опросника качества жизни SF-36 ($r=-0,571$, $p\leq 0,05$), «Жизнестойкость» и «Вовлеченность» ($r=0,567$, $p\leq 0,05$) опросника Мадди (в адаптации Осина-Рассказовой), «Жизнестойкость» и «Контроль» ($r=0,733$, $p\leq 0,01$) опросника Мадди (в адаптации Осина-Рассказовой) выступают пригодными для интерпретации.

Таблица 169. Результаты корреляционного анализа результатов пациентов Клиники "до" терапии.

	X-Кон	Σ С.О.	Жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	РН	МН
X-Кон	1							
Σ С.О.	-,459	1						
Жизнестойкость	,245	,268	1					
Вовлеченность	-,069	,451	,567*	1				
Контроль	,339	-,142	,733**	,209	1			
Принятие риска	,248	,038	,516	-,318	,292	1		
РН	,183	,064	-,064	,108	-,036	-,200	1	
МН	-,571*	,490	-,126	,033	-,466	,074	-,371	1

*- уровень значимости данных $p<0.05$

** - уровень значимости данных $p<0.01$

Цветом выделены значимые коэффициенты корреляции.

В Таблице №20 представлены результаты пациентов клиники «после» терапии.

Взаимосвязи показателей « Σ С.О.» симптоматического опросника Александровича и «Принятие риска» опросника Мадди (в адаптации Осина-Рассказовой) ($r=0,601$, $p\leq 0,05$), «Жизнестойкость» и «Вовлеченность» ($r=0,603$, $p\leq 0,05$) опросника Мадди (в адаптации Осина-Рассказовой), «Жизнестойкость» и «Контроль» ($r=0,736$, $p\leq 0,01$) опросника

Мадди (в адаптации Осина-Рассказовой), «Жизнестойкость» и «Принятие риска» ($r=0,744$, $p \leq 0,01$) опросника Мадди (в адаптации Осина-Рассказовой), «РН» и «МН» ($r=-0,689$, $p \leq 0,01$) опросника качества жизни SF-36 достигают уровня статистической значимости.

Таблица 20. Результаты корреляционного анализа результатов пациентов Клиники "после" терапии.

	X-Кон	Σ С.О.	Жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	РН	МН
X-Кон	1							
Σ С.О.	-,511	1						
Жизнестойкость	-,167	,516	1					
Вовлеченность	-,275	,356	,603*	1				
Контроль	-,080	,131	,736**	,101	1			
Принятие риска	,012	,601*	,744**	,150	,418	1		
РН	,249	,027	,413	,226	,403	,228	1	
МН	-,476	,181	-,142	-,239	,011	-,067	-,689**	1

*- уровень значимости данных $p < 0.05$

** - уровень значимости данных $p < 0.01$

Цветом выделены значимые коэффициенты корреляции.

На рисунке № 21 представлена матрица характеризующая данные «до» терапии. В результате статистически достоверные корреляции наблюдаются между показателями «X-Кон» опросника «KON-2006» Александровича и «МН» (Mental Health) ($r=-0,377$, $p \leq 0,05$), и показателями РН и МН опросника качества жизни SF-36 ($r=-0,517$, $p \leq 0,01$).

Таблица 21. Результаты корреляционного анализа результатов пациентов обеих групп "до" терапии.

	X-Кон	Σ С.О.	Жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	РН	МН
X-Кон	1							
Σ С.О.	-,119	1						
Жизнестойкость	-,169	,046	1					
Вовлеченность	,039	,178	-,100	1				
Контроль	,072	,222	-,082	,059	1			
Принятие риска	,171	-,040	,265	-,295	,125	1		
РН	,204	-,128	-,029	,113	-,137	-,041	1	
МН	-,377*	,288	,198	-,019	-,060	,051	-,517**	1

*- уровень значимости данных $p < 0.05$

** - уровень значимости данных $p < 0.01$

Цветом выделены значимые коэффициенты корреляции.

В таблице № 22 представлены корреляционная матрица пациентов «после» терапии.

Таблица 22. Результаты корреляционного анализа результатов пациентов обеих групп «после» терапии.

	X-Кон	Σ С.О.	Жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	РН	МН
X-Кон	1							
Σ С.О.	-,100	1						
Жизнестойкость	-,101	,124	1					
Вовлеченность	-,077	,235	,763**	1				
Контроль	-,215	-,126	,812**	,404*				
Принятие риска	,081	,174	,713**	,268	,454*	1		
РН	,372*	,054	-,006	,028	,048	-,108	1	
МН	-,380*	-,085	,073	-,073	,153	,106	-,648**	1

*- уровень значимости данных $p < 0.05$

** - уровень значимости данных $p < 0.01$

Цветом выделены значимые коэффициенты корреляции.

Статистически достоверными проявили себя взаимосвязи показателей «X-Кон» опросника KON-2006 Александровича и РН опросника качества жизни SF-36 ($r=0,372$, $p \leq 0,05$), «X-Кон» и «МН»

опросника качества жизни SF-36 ($r=-0,380$, $p\leq 0,05$), «Жизнестойкость» и «Вовлеченность» ($r=0,763$, $p\leq 0,01$) опросника Мадди (в адаптации Осина-Рассказовой), «Жизнестойкость» и «Контроль» ($r=0,812$, $p\leq 0,01$) опросника Мадди (в адаптации Осина-Рассказовой), «Жизнестойкость» и «Принятие риска» ($r=0,713$, $p\leq 0,01$) опросника Мадди (в адаптации Осина-Рассказовой), «Вовлеченность» и «Контроль» ($r=0,404$, $p\leq 0,05$), «Контроль» и «Принятие риска» ($r=0,454$, $p\leq 0,05$), РН и МН ($r=-0,648$, $p\leq 0,05$) опросника качества жизни SF-36.

3.7. Исследование влияния социодемографических характеристик на изменение клинико-психологических показателей в ходе терапии.

Было проведено исследование влияния факторов «пол» и «возраст» на результаты проведенного психологического вмешательства с помощью многомерного дисперсионного анализа (MANOVA). Результаты представлены в Приложении №7. Дисперсии описываемых шкал гомогенны по результатам проверки критерием Ливена ($p>0,05$).

В отношении фактора «пол» интерес представляет влияние этого показателя на шкалу «Склонность к представлениям, фантазиям» ($F(30,526) = 8,989$, $p\leq 0,007$) опросника невротической личности KON-2006. Остальные показатели не достигают уровня выявления статистической тенденции, в силу чего не могут быть приняты во внимание ($p>0,1$).

В оценке влияния фактора «возраст» статистически значимого влияния на исследуемые показатели выявлено не было. Однако изменения показателей «Мелочность» ($F(4,560) = 2,693$, $p\leq 0,093$), «Соматические нарушения» ($F(3424,30) = 3,353$, $p\leq 0,057$) достигают уровня наличия статистической тенденции.

Полученные результаты относительно фактора «группа» достигают уровня статистической тенденции в рамках показателей: «Отрицательная самооценка» ($F(11,804) = 3,684$, $p\leq 0,070$), «Мелочность» ($F(12,750) = 7,531$, $p\leq 0,013$).

Обобщение факторов «возраст» и «пол» (оценка совместного влияния на выборку) выявляет статистическую тенденцию в результатах дисперсионного анализа по показателям «Астения» ($F(12,449) = 2,709$, $p \leq 0,092$), «Отсутствие внутренней направленности» ($F(7,025) = 3,057$, $p \leq 0,071$), «РН» ($F(1262,531) = 2,834$, $p \leq 0,084$)

В результате совместной оценки влияния факторов «возраст» и «группа» уровня наличия статистической тенденции достигает показатель «Отрицательная самооценка» ($F(10,614) = 3,312$, $p \leq 0,058$).

В отношении влияния оцениваемых факторов («возраст», «пол», «группа») получены следующие результаты. Статистически достоверны, то есть влияния упомянутых факторов доказано относительно показателей «Беспокойство, напряжение» ($F(645,192) = 5,119$, $p \leq 0,036$), «Нарушение сна» ($F(232,408) = 5,397$, $p \leq 0,031$). Изменения параметров «Депрессивные расстройства» ($F(282,901) = 3,389$, $p \leq 0,065$) «Сексуальные расстройства» ($F(246,533) = 3,048$, $p \leq 0,097$), «Трудности в социальных контактах» ($F(175,813) = 4,309$, $p \leq 0,052$), «РН» ($F(19,387) = 3,988$, $p \leq 0,060$) достигают уровня наличия статистической тенденции.

3.8. Результаты оценки силы эффекта в изменении показателей выраженности невротических черт личности, клинической симптоматики, качества жизни и жизнестойкости.

Была проведена оценка силы эффекта проведенной терапии по основным исследуемым показателям с помощью метода J.Cohen (Холмогорова, 2010). Гомогенность дисперсий основных показателей используемых методик, проверенная по критерию Ливена, позволяет использовать критерий «сила эффекта» для определения эффективности уровня эффекта проведенного психологического вмешательства. Данный параметр является отношением усредненных испытуемых анализируемых групп и показывает сдвиг среднего значения одной группы относительно другой. Следовательно, интерпретироваться этот показатель может как процент непересечения дисперсий анализируемых выборок.

Процедуре оценки силы эффекта подвергались показатели каждой группы (пациенты ПНД и пациенты Клиники) «до» и «после» проведения психологического вмешательства. Результаты представлены на Графике №13.

Представленный рисунок показывает, что наименьшие различия между силой эффекта терапии наблюдаются по показателям «МН» (0,194), «РН» (0,286). Средние различия – по показателю «Жизнестойкость» (0,402), а высокие наблюдаются по параметрам « Σ С.О.» (0,703) и «Х-Кон» (1,072).

Таблица, разработанная J.Cohen'ом, содержащая интерпретацию размера силы эффекта представлена в приложении №8. Важно так же отметить, что уровень силы эффекта феномена плацебо принято считать равным 0,6 (Schulberg, 2002).

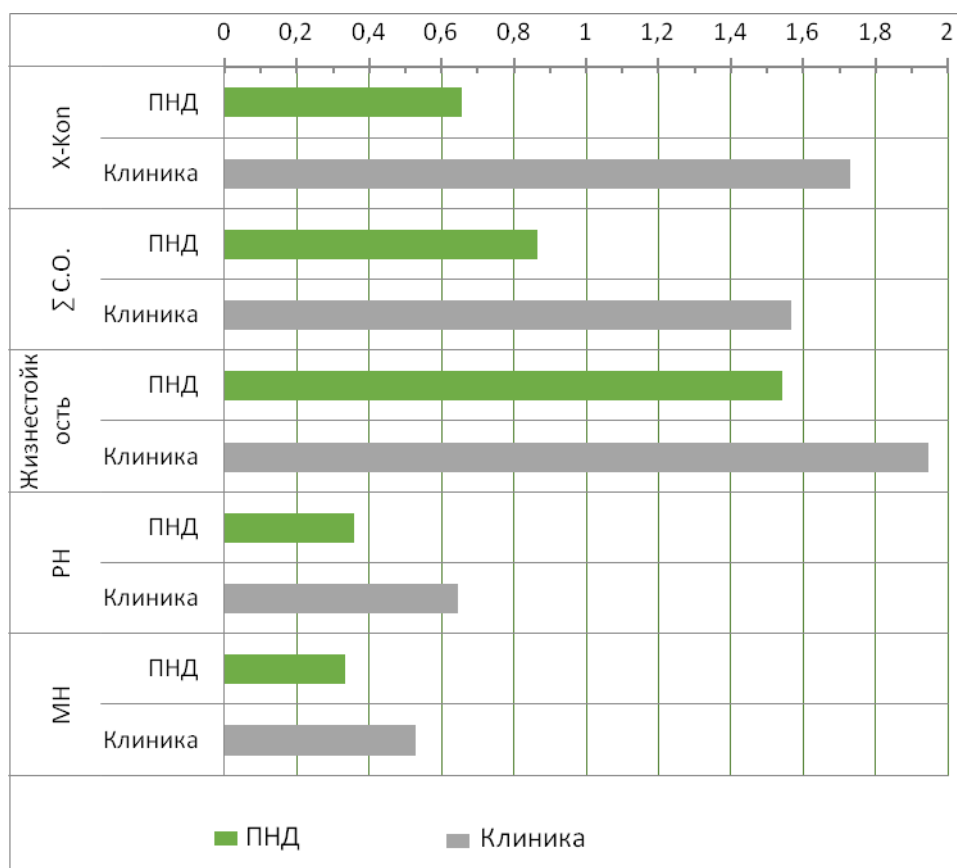


График 13. Сравнительный анализ выраженности силы эффекта между группами пациентов психоневрологических диспансеров и Клиники.

На оси абсцисс находятся числовые значения коэффициента силы эффекта J.Cohen'а, на оси ординат – основные показатели использованных методик. Зеленым цветом выделены показатели группы пациентов Психоневрологических диспансеров, а серым – показатели пациентов Клиники.

3.9. Обсуждение и интерпретация результатов исследования

Проведенный анализ позволяет сформулировать несколько отличительных особенностей исследованных групп и терапии, полученной ими.

Исследование невротических черт личности показало достоверные снижения сложности эмоциональных контактов, нехватки жизненной энергии, уверенности в собственной беспомощности, чувства вины и чувства перегрузки в обеих группах. Эти показатели в той или иной степени отражают готовность пациентов к активной деятельности, занятию активной позиции по отношению к своей жизни.

Особый интерес в смысле эффективности психотерапии представляют личностные особенности, которые проявили достоверную негативную тенденцию. В группе пациентов Психоневрологических диспансеров это отчужденность и чувство отсутствия влияния, а в группе пациентов клиники отчужденность, чувство отсутствия влияния, рискованное поведение, зависть и чувство опасности. Эти показатели, за исключением рискованного поведения, можно отнести к сфере взаимоотношений с окружающим миром, и, как одно из возможных объяснений, обострение невротической тенденции в этой сфере может быть объяснено спецификой организации медико-психиатрической помощи. То есть отчуждение как самоощущение пациентов может провоцироваться как самой ситуацией получения медицинского лечения такого рода, так и стигматизацией. Отсутствие влияния вероятнее всего провоцируется социальным стереотипом лечения в РФ: «раз я обратился к врачу, он меня вылечит» - перекладывание ответственности на врача. С точки зрения медицины, такая позиция во многом оправдана – врач обладает знаниями и умениями и в состоянии оказать необходимую помощь пациенту. С точки зрения обсуждаемой нозологии – расстройств невротического спектра – особое значение имеет принятие ответственности пациентом за свое состояние, не в смысле чувства вины, а в значении влияния психики на

симптомы и принятие ответственности для гармонизации психики и излечения. Вместе с тем достоверных различий по этим показателям между исследованными группами найдено не было, в связи с чем можно предположить, что этот эффект связан с особенностями выборки или самой организацией лечения. Похожие результаты были получены в исследовании И.С. Луценко и Г.Л. Исуриной (Луценко, Исурина, 2015).

В группе пациентов клиники так же наблюдается негативный эффект показателей зависти и чувства опасности. В рамках данного дизайна исследования есть смысл объяснить такие результаты непосредственно стационарной формой лечения: постоянное присутствие незнакомых может стимулировать тревожность пациентов и стимулировать обострение зависти, как невротической реакции. Интересно, в этом смысле, связать результаты исследования пожелания пациентов относительно их лечения с негативным эффектом зависти. Возможно, существует взаимосвязь относительной однородности пожеланий пациентов клиники после терапии и обострившегося чувства зависти. Однако поиск такой закономерности не входила в задачи исследования.

Изменения основного показателя невротизации (Х-Кон) так же было различно в исследованных группах. Изменения пациентов группы Психоневрологических диспансеров находятся на уровне статистической тенденции, что не позволяет делать строгих выводов относительно эффективности проведенного вмешательства. Вместе с тем достоверна эффективность проведенного вмешательства в группе пациентов клиники: смещение общего уровня выраженности невротических черт личности сместилось с уровня невротизации (>18 баллов) до уровня диагностической неопределенности (8<...<18 баллов). Эти изменения несколько ниже аналогичных результатов исследований зарубежных коллег (Aleksandrowicz и др., 1984; Aleksandrowicz, 2006). Различия показателей входа в терапию и выхода из нее хоть визуально различны, но не достигают

уровня статистической достоверности в связи, с чем не могут быть строго интерпретированы.

Исследование симптоматических изменений пациентов в обеих группах носят более спокойный характер – направлены в сторону уменьшения выраженности. Среди достоверных различий в отличие от группы пациентов клиники в группе Психоневрологических диспансеров наблюдаются изменения в сфере истерической симптоматики, сексуальных нарушений и соматических симптомов (статистическая тенденция). Общими выступают достоверные изменения показателей страха и фобий, беспокойства и напряжения, нарушений сна и невротических расстройств, которые можно назвать неспецифичными для спектра невротических расстройств. Симптомы истерические и сексуальные характерны в большей степени для истерической, диссоциальной и неустойчивой организации личности, и различия между группами в этих показателях могут быть проинтерпретированы как более гибкая модель организации психологического вмешательства. Так же эти различия могут быть связаны с особенностями выборки и спецификой пациентов, обращающихся в различные заведения медико-психиатрической помощи.

Общий уровень снижения выраженности симптомов в обеих группах достоверен, статистически значимых различий между учреждениями не найдено, что говорит о равно эффективности предоставляемого симптоматического лечения в исследованных учреждениях. Уровень этих изменений согласуется с аналогичными исследованиями польских коллег (Siwiak-Kobayashi, 1996; Skulimowska, 2011).

Исследование жизнестойкости и ее элементов, как важного показателя для посттерапевтической адаптации пациентов и предиктора ремиссии невротических расстройств (Maddi, 1998), показало достоверные изменения в сторону повышения показателя в обеих группах (в группе клиники Принятие риска на уровне статистической тенденции). В соответствии с нормативными значениями использованной методики

уровень всех показателей с низких значений, характеризующихся ощущением вне жизни, ощущением беспомощности, убежденности в невозможности развития, отсутствия ценности в развитии и установке на жизнь «по течению», сместился до уровня границы со средними значениями.

Исследование параметров качества жизни пациентов не показало достоверных различий в процессе терапии в обеих группах. Возможным объяснением таких результатов может выступать недостаточная продолжительность жизни испытуемых после получения терапии: так как качество жизни – относительно стабильный, устойчив к изменениям и рефлексивируется не сразу, то результат влияния улучшения состояния больных, симптоматического и личностного, на качество жизни может не наблюдаться в столько краткосрочном измерении. Тем не менее, содержательных выводов относительно данного показателя сделать нельзя.

В проведенной процедуре поиска взаимосвязей между методиками данного исследования было получено несколько содержательных результатов. Наиболее частотными (по отношению к разным группам) выступали корреляционные связи между жизнестойкостью, вовлеченностью, принятием риска и контролем. Вероятнее всего такой результат обусловлен структурным взаимодействием этих показателей (шкалы одной методики). Подобным образом вычленяется и взаимосвязь показателей физического и психического здоровья, однако ее характеристики: средняя выраженность, отрицательная направленность. Проведенные процедуры не позволяют сделать полноценный содержательный вывод относительно данного результата, но данный феномен требует более полного рассмотрения в последующих работах.

Были изучены особенности половозрастных характеристик групп. В отношении пола достоверные результаты касаются только склонности к представлениям и фантазиям, преобладающим в женщин. Фактор возраста проявил свое влияние на уровне наличия статистической тенденции по

показателям мелочность – большая выраженность в группе возрастов 31-35 лет – и соматические нарушения – увеличение выраженности возрастающей от группы 31-35 лет, 26-30 лет, 36-40 лет.

Для наглядности оценки оказанной медико-психиатрической помощи был использован показатель «силы эффекта» по модели J.Cohen'а. В группе пациентов Психоневрологических диспансеров наибольший эффект проявился в уровне жизнестойкости, эффект среднего уровня по показателям клинической симптоматики и выраженности невротических черт личности и незначительный в сферах физического и психического здоровья. На фоне этих изменений контрастными выглядит сила эффекта в группе пациентов клиники. Во-первых, эти изменений значимо выше первой группы, во-вторых, структура изменений следующая: высокий уровень изменений относительно уровня невротически черт личности, клинической симптоматики и жизнестойкости и низкий (приближающийся к среднему) уровень изменений физического и психического здоровья. Возможным объяснением таких результатов выступает большее погружение в терапевтическую среду пациентов клиники по сравнению с пациентами Психоневрологических диспансеров.

В результатах оценки изменений субъективной оценки после полученного лечения проявились несколько важных тенденций: повышение осознания психогенной природы своего заболевания у большего числа респондентов; превалирование психотерапии (и других видов психологического вмешательства) в структуре предпочитаемого лечения; повышение удовлетворенности полученным лечением. Если первые две тенденции могут выступать предикторами для адаптации и развития механизмов совладания с невротическим заболеванием, то третья служит своего рода обратной связью и косвенно может свидетельствовать об эффективности полученного пациентами лечения. Так эти тенденции прослеживаются в обеих группах на примерно равном уровне.

Таким образом, общая эффективность проведенных вмешательств статистически подтверждается. Достоверных различий между эффективностью в группах выявлено не было. Оснований для формулирования особенностей пациентов, обращающихся в участвующие в исследовании учреждения выявлено не было. Общая характеристика и различия проведенных вмешательств в данном исследовании не являлись объектом подробного изучения.

Выводы

1. В ходе проведенного исследования была изучена динамика клинической симптоматики больных невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами в процессе психологического вмешательства. Статистический анализ полученных данных позволяет сделать заключение о положительных изменениях в обеих группах в отношении изменения клинической симптоматики.

2. По результатам проведенного исследования выявлены достоверные изменения невротических черт личности (однофакторный дисперсионный анализ) в обеих группах пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами.

3. Изменений качества жизни в сферах физического и психического здоровья пациентов учреждений медико-психиатрической помощи с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами обеих групп выявлено не было.

4. Сравнительных различий относительно эффективности предоставляемых программ лечения в учреждениях медико-психиатрической помощи города Санкт-Петербурга выявлено не было.

5. Дальнейшего изучения требуют особенности негативных эффектов, наблюдаемых в результате психологического вмешательства в обеих группах пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами.

6. Изучение эффективности по средствам общих изменений в состоянии больных, изменений клинической симптоматики больных и изменении выраженности невротических личностных черт больных невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами в процессе психологического вмешательства показало

наличие положительной достоверных изменений шкал обоих опросников, связанных с социальной активностью больных.

7. Исследование силы эффекта по результатам использованных методик показало высокие изменения в отношении показателя «Жизнестойкость», средние в отношении «Х-Кон» и интегральной оценки клинической симптоматики и низкой в отношении показателей физического и психического здоровья (ниже силы эффекта плацебо – 0,6). Сила эффекта в группе пациентов клиники по всем шкалам оказалась выше, чем в группе пациентов Психоневрологических диспансеров.

8. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о наличии парциальной эффективности (изменения по некоторым показателям статистически недостоверны), проведенного психологического вмешательства в учреждениях медико-психиатрической помощи города Санкт-Петербурга.

На основании проведенного исследования можно утверждать, что *первая* гипотеза, относительно изменения личностных черт в процессе проведенного курса лечения подтвердилась. *Вторая* гипотеза относительно изменения абсолютных значений симптомов в сторону их редукции так же подтвердилась. *Третья гипотеза* о наличии позитивной тенденции в изменениях важных показателей жизнестойкости, качества жизни и субъективной оценки полученного лечения подтвердилась частично.

Заключение

По результатам проведенного исследования можно говорить о достоверной эффективности конкретных проведенных мероприятий психологического вмешательства в рамках участвующих в исследовании учреждений.

В данной работе представлена попытка оценки эффективности психологических вмешательств в рамках учреждений медико-психиатрической помощи города Санкт-Петербурга путем сравнения изменений клинической симптоматики и индивидуально-психологических характеристик (невротических черт личности) до начала психотерапии и после прохождения общего курса психотерапии, включающего в себя групповую, индивидуальную психотерапию и групповые формы работы, не относящиеся к психотерапии (группы релаксации, терапия деятельностью, психотерапия в группе).

Данные, полученные в ходе проведенной работы, преимущественно являются статистически достоверными. Наиболее яркие изменения касаются показателя «Жизнестойкости» по методике С. Мадди в адаптации Осина-Рассказовой, показателя X-Коп опросника невротической личности Е.Александровича и суммарной оценки клинической симптоматики опросника Е.Александровича. Вместе с тем оценка параметра «сила эффекта» по результатам позволяет констатировать высокие изменения в отношении показателя «Жизнестойкость», средние в отношении «X-Коп» и интегральной оценки клинической симптоматики и низкой в отношении показателей физического и психического здоровья (ниже силы эффекта плацебо – 0,6) относительно группы пациентов психоневрологических диспансеров. В отношении группы пациентов клиники показатели «X-Коп» и интегральной оценки клинической симптоматики находятся на высоком уровне. Сила эффекта в группе пациентов клиники по всем шкалам

оказалась выше, чем в группе пациентов Психоневрологических диспансеров.

В результате исследования не удалось осуществить попытку формулирования отличительных особенностей пациентов обращающихся в различные учреждения медико-психиатрической помощи из-за недостаточного объема выборки. Полученные результаты по показателям качества жизни, статистически недостоверные и низко различающиеся с эффектом плацебо объясняются малочисленностью выборки и недостаточным посттерапевтическим периодом.

Определенный интерес вызывают негативные изменения по показателям отчужденности, отсутствия влияния и зависти. В данном исследовании такие результаты, вероятно, связаны с особенностями программ психологического вмешательства. Полученные данные могут выступать материалом для более четкой реализации существующих программ и их коррекции.

В последние годы внимание к психотерапии возрастает. В свете нашего исследования по строгому научному обоснованию эффективности становятся все более актуальными. Данный факт сподвиг нас к рассмотрению вопросов этой темы.

В заключении стоит отметить, что психотерапия как область научного знания, нуждается в точном определении границ своей эффективности, применимости и дифференциации методов воздействия на различные нозологии. В последующем планируется продолжать попытки исследования эффективности краткосрочной групповой психотерапии и психотерапии в целом для точного научного определения границ применения конкретного психотерапевтического метода в конкретных клинических случаях.

Список использованных источников

1. Абабков В.А., Проблема научности в психотерапии, СПб, 1998;
2. Адлер А. Наука жить. Пер. с англ. Е.О. Любченко. Киев: Port-Royal, 1997. 288 с.;
3. Александров А.А., Интегративная психотерапия, СПб, 2009;
4. Александровский Ю. А., Пограничные психические расстройства, Москва, 2007;
5. Анцупов А.Я., Шипилов А.И., Конфликтология: Учебник для вузов. 6-е изд., Питер, СПб, 2016, 528 с.;
6. Бауман У., Перре М., Клиническая психология и психотерапия;
7. Великанова Л.П. Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Сравнительно-возрастной аспект//Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук//19.00.04. – «Медицинская психология»// Юрий Степанович Шевченко// ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Росздрава, Москва, 2008, 43 с.;
8. Васильева А. В., Караваева Т. А. Исследование особенностей клинического патоморфоза невротических расстройств в новых социальных условиях в связи с выбором психотерапевтических стратегий //Вестник психотерапии, 2009, №. 32, . 70-77 с.;
9. Вид В.Д., Попов Ю.В., Современная клиническая психиатрия, М., 1997;
10. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели// Московский психотерапевтический журнал, 1996, №3, с. 112-140;
11. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Групповая психотерапия невротозов с соматическими масками// Московский психотерапевтический журнал, 1994, №2;
12. Губачев Ю.М. и др., Психомоматической контроль эффективности психотерапии при некоторых заболеваниях внутренних органов// Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 100., Под ред. В. Е. Рожнова и Б. Д. Карвасарского, Л., 1982., с. 133-137;
13. Гузиков Б.М., К вопросу о критериях эффективности групповой психотерапии больных алкоголизмом// Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 100., Под ред. В. Е. Рожнова и Б. Д. Карвасарского, Л., 1982., с. 109-112;
14. Ионова Т.И., Новик А.А., Руководство по исследованию качества жизни в медицине/ Под ред. Ю.Л.Шевченко, М., 2007;
15. Исурина Г. Л., Групповые методы психотерапии и психокоррекции// М.

- М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике, Л.: Медицина, 1983, с.231-254.;
16. Исурина Г.Л., Динамика системы отношений больных неврозами в процессе групповой психотерапии// Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 100., Под ред. В. Е. Рожнова и Б. Д. Карвасарского, Л., 1982., с.57-63;
 17. Исурина Г.Л. Психотерапия и психологическое консультирование как виды клинко-психологического вмешательства // Медицинская психология в России: электрон. науч.журн. – 2017. – Т. 9, № 3(44). – С. 4 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 02.04.2018);
 18. Кайдановская Е. В., Групповая психотерапия при неврозах: критерии и методы оценки ее эффективности// Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 100., Под ред. В. Е. Рожнова и Б. Д. Карвасарского, Л., 1982., с. 63-67;
 19. Кайдановская Е.В. и др., Клинико-психологические критерии эффективности групповой психотерапии при неврозах и методы ее определения// Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях, ред. Карвасарский, Л., 1979, с. 84-89;
 20. Каменецкий Д.А., Неврология и психотерапия, М, 2001;
 21. Караваева Т. А. Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств в условиях социально-экономических перемен Часть III. Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств //Обзор психиатрии и медицинской психологии им. ВМ Бехтерева, 2010, №. 4, с. 63-66;
 22. Караваева Т. А., Васильева А. В., Полтораки С. В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) //Обзор психиатрии и медицинской психологии им. ВМ Бехтерева, 2016, №. 4, с. 42-51;
 23. Карвасарский Б.Д., Мурзенко В.А., Групповая психотерапия как предмет исследования// Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях, ред. Карвасарский, Л., 1979, с.25-30;
 24. Карвасарский Б.Д., Групповая психотерапия, СПб, 1990;
 25. Карвасарский Б.Д., Неврозы, М. 1990;
 26. Карвасарский Б.Д., Психотерапия: Учебник для вузов, СПб, 2000;
 27. Карвасарский Б.Д., Психотерапия, СПб.: Питер, 2012;
 28. Карвасарский Б.Д., Психотерапия, М., 1985;
 29. Карвасарский Б. Д. и др., О вкладе В.Н. Мясищева в научную

- разработку проблемы психосоматических расстройств //Вестник психотерапии. – 2012. – №. 41. – С. 9-24;
30. Катков А.Л., Оценка эффективности психотерапевтического вмешательства: состояние проблемы// Теория и практика психотерапии, 2015, № 2, с.4-26;
31. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Динамика социально-психологических характеристик личности больных с невротическими расстройствами и их влияние на характер и степень выраженности психопатологической симптоматики// Сибирский психологический журнал, 2009, №33;
32. Краткий обзор изменений в DSM-5, Московский Научно-Исследовательский Институт Психиатрии, 2013, [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: www.mniip.org;
33. Луценко И. С., Исурина Г. Л., Выраженность невротических черт в структуре личности пациентов различных нозологических групп (неврозы, психосоматические и соматические расстройства) //Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ, 2015, Т. 3, с.111-118;
34. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ, Россия, Санкт-Петербург, АДИС, 1994;
35. Мизинова Е. Б., Колотильщикова Е. А., Динамика социально-психологических характеристик личности больных с невротическими расстройствами и их влияние на характер и степень выраженности психопатологической симптоматики//Сибирский психологический журнал, Томск, 2009, №. 33, с.45-50;
36. Мясищев В.Н., Личность и неврозы, Л., 1960;
37. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006;
38. Осин Е. Н., Рассказова Е. И., Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте//Вестник московского университета, сер. 14, психология. 2013. № 2;
39. Павлов И.П. Проба физиологического понимания навязчивого невроза и паранойи. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных, М., 1957;
40. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии, СПб.: Питер, 2003;
41. Полторац С. В., Караваева Т. А., Васильева А. В. Изменение соотношения психотерапии и фармакотерапии при невротических расстройствах во второй половине XX и начале XXI веков //Вестник психотерапии, 2013, №. 47, с. 29-37;
42. Пуговкина О.Д., Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: история проблемы// Московский психотерапевтический журнал, 2009, №1, с. 35-68;
43. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Фильц А.О., Морковкина И.В. К

- построению модели соматоформных расстройств//Журн. невропатолог и психиатр, им. С.С. Корсакова. № 12. 1991. с 100-103;
44. Тромбчиньски П.К., Личностные характеристики больных с невротическими расстройствами: исследование в связи с задачами позитивной диагностики неврозов: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук : 19.00.04 - Санкт-Петербург, 2017. - 264 с.;
 45. Тукаев Р.Д. и др., Оценка эффективности психотерапии при расстройствах невротического регистра: проблемы, ограничения, возможности // Социальная и клиническая психиатрия, 2013, Т. 23, №.3, с.92-98;
 46. Федоров А.П., Эффективность лечения больных неврозами и возможность прогнозирования ее в катамнезе\\ Невропатология и психиатрия, 1982, №11, с.69-73;
 47. Фрейд З. Психоаналитические этюды. Одесса, 1926/ Neurose und Psychose, Internationale Zeitschrift fur Psychoanalyse, Band 10, Heft 1, Leipzig / Zurich / Wien, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1924, p. 1-5;
 48. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра, М, 2011;
 49. Холмогорова А.Б., Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра, М., 2006;
 50. Холмогорова А. Б. и др. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть I //Социальная и клиническая психиатрия, 2009, Т. 19, №. 3, с. 92-100;
 51. Холмогорова А. Б. и др. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть II //Социальная и клиническая психиатрия, 2010, Т 20, №1, с.70-79;;
 52. Холмогорова А., Гараян Н. Эмоциональные расстройства и современная культура //Московский психотерапевтический журнал. – 1999. – №. 2. – С. 61-90;
 53. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию. / Пер. с англ. Е.И.Замфир, под ред. проф. М.М.Решетникова. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа и Б&К., 2000. – 316 с.;
 54. Эриксон Э. Трагедия личности, Издательство: «Алгоритм» 2008г., 444с.;
 55. Aleksandrowicz J. W. et al., KON-2006 Kwestionariusz osobowości nerwicznej//Psychiatr. Pol., 2007, Т. 41, №. 6, p. 759-778;
 56. Aleksandrowicz J. W., Nerwiczne zaburzenia funkcjonalne //Psychoterapia, 1977, Т. 22, p. 9-20;
 57. Aleksandrowicz JW, Kowalczyk E. Ocena skuteczności terapii nerwic. Psychoter. 1984; s.15–28;
 58. Aleksandrowicz J., Sobański J. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej, Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków, 2006;

59. Bach P.A., Bedwell J.S., Chan C.C., An integrative approach using third-generation cognitive-behavioral therapies for avoidant personality disorder //Clinical Case Studies, 2015, p. 15-34;
60. Bateman A. W., Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder //The British Journal of Psychiatry. – 2000. – T. 177. – №. 2. – C. 138-143;
61. Bergin A.E., Lambert M.J., Shapiro D.A., The Effectiveness of Psychotherapy// Handbook of Psychotherapy and Behavior change. 1986. P. 157—213;
62. De Man J. De DSM-5 in 1 oogopslag. – De Psychiater, 2013, nr. 5 (juni), p.8-10;
63. Elkin I., Parloff M.B., Hadley S.W., Autry J.H. NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and Research plan // Archives of General Psychiatry, 1985. Vol. 42. p. 305—316;
64. Eysenck H.J. The effects of psychotherapy: An evaluation // Journal of Consulting Psychology, 1952, Vol. 16. P. 319—324;
65. Grawe K. Psychological therapy. – Hogrefe Publishing, 2004;
66. Holtforth G.M. et al., Differential change in integrative psychotherapy: A re-analysis of a change-factor based RCT in a naturalistic setting //Psychotherapy Research, 2011, T. 21, №. 6, p. 631-643;
67. Kępiński A. Psychopatologia nerwic. - Wyd. 4. - Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002, s. 342;
68. Lambert M.J., Ogles B.M. The efficacy and effectiveness of psychotherapy // Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed., A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds.). New York: John Wiley & Sons, 2004. P.139–193;
69. Maddi, S., Dispositional hardiness in health and effectiveness. In: H.S. Friedman (Ed), *Encyclopedia of Mental Health* San Diego, CA:Academic Press., 1998 (pp. 323—335);
70. McNeilly C.L., Howard K.I., The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage// Psychotherapy Research, 1991, T 1, № 1, p. 74-79;
71. McHorney C. A. et al. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) //Medical Care. – 1994. – T. 32. – №. 1. – p. 40-66;
72. McInnis E. E., The Frankish model of disability psychotherapy in practice. An integrative model //Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 2016, T. 10, №. 1;
73. Paz C., Pucurull O., Feixas G. Change in Symptoms and Personal Construct Structure in Anxiety Disorders: A Preliminary Study on the Effects of Constructivist Therapy //Journal of Constructivist Psychology, 2015, p. 1-17;
74. Russell R.L., Orlinsky D.E. Psychotherapy research in historical perspective //Archives of General Psychiatry. 1996. Vol. 53. N. 8;
75. Schulberg H.C., Raue P.J., Rollman B.L., The effectiveness of psychotherapy in treating depressive disorders in primary care practice: clinical and cost perspectives //General hospital psychiatry, 2002, T. 24, №.4, p. 203-212;

76. Siwiak-Kobayashi, M. Zaburzenia psychiczne niepsychotyczne w podstawowej opiece zdrowotnej. W: S. Leder, C. Brykczyńska (red), Psychiatria konsultacyjna. Wybrane zagadnienia. Kraków: Biblioteka psychiatrii Polskiej. 1996. s.7-14;
77. Skulimowska K. Wzajemne wpływy stanu somatycznego i psychicznego u pacjentów z rozpoznaniem choroby somatycznej i z zaburzeniem nerwicowym/Mutual influence of somatic and psychical state of patients with somatic disease and neurotic disorder, Psychoterapia, 3 (158), Krakow, 2011, p. 41-59;
78. Wallerstein R.S. The psychotherapy research projet (PRP) of the Menninger Foundation: An overview //Journal of Consulting and Clinical Psychology.1989. Vol. 57. p. 95—205;
79. Ware Jr J. E., Sherbourne C. D., The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection //Medical care., 1992., C. 473-483.

Приложения
Приложение 1
Опросник невротической личности «KON-2006»

Инструкция:

Предлагаемый Вам ряд вопросов направлен на получение информации о некоторых Ваших чертах характера, наклонностях, позициях, взглядах и т.д.

Результаты исследования будут анализироваться только по результатам статистической оценки множества переменных, а не индивидуальных характеристик. «Правильных» или «неправильных» ответов быть не может. Поэтому долго не задумывайтесь над ответами и отвечайте «ДА» или «НЕТ» на каждый вопрос. Полученная информация в обобщенном виде необходимая для совершенствования профилактики негативных влияний стрессов в профессиональной деятельности и повседневной жизни.

Благодарим за сотрудничество.

0 Понятная ли Вам инструкция заполнения опросника?

1. Для меня важно, чтобы все меня любили.
2. Я долго думаю, прежде чем приму решение.
3. Бывает, что люди неправильно понимают мое поведение.
4. Я часто рискую ради самого риска.
5. Меня раздражает, когда кто-то веселится.
6. Я часто вопреки своим интересам и желаниям делаю то, о чем меня просят.
7. Я всегда решаю сам, что мне делать.
8. Если я хочу с кем-то познакомиться, мне бывает трудно заговорить первым
9. В нужный момент у меня всегда достаточно энергии на все.
10. Часто люди «салятся мне на голову».
11. Есть не так много вещей, которые приносят мне удовольствие.
12. Часто я не умею показать, на что я способен..
13. Я редко показываю свои чувства, даже друзьям.
14. Я ужасно некрасивый/ая.
15. Мне везет во всем, что делаю.

16. Я слишком часто позволяю собой управлять.
17. Обычно, когда мне нужно что-то изменить в своей жизни, я испытываю напряжение и неуверенность.
18. Помогать другим добиваться успеха – это глупость. .
19. Плохая погода меня сильно расстраивает.
20. Я хорошо знаю, что добро, а что - зло.
21. Я неудачник и никогда ничего в жизни не добьюсь.
22. Мне нравится сексуальное возбуждение.
23. Не возможно делиться чувствами с кем-то, кто не пережил того, что я.
24. Моя доброта усложняет мне жизнь.
25. У меня часто появляется чувство внутренней пустоты.
26. Я знаю, что в будущем ни с чем не справлюсь.
27. На самом деле мною никто не интересуется.
28. Мне нравится принимать быстрые решения.
29. Я часто чувствую себя психически слабым.
30. У меня хороший контакт с людьми.
31. Я люблю драться.
32. Работа дается мне тяжелее, чем другим людям.
33. Мои интересы часто меняются.
34. Утром я обычно энергично поднимаюсь с кровати.
35. Смотря грустное кино, я плачу чаще, чем другие.
36. В жизни я, прежде всего, прислушиваюсь к собственной интуиции и потребностям..
37. Я очень чувствительный/ая.
38. Даже когда все плохо, я не теряю надежды на то, что есть еще какой-то выход.
39. Я чувствую себя никому ненужным/ной.
40. Существуют высшие силы, которые решают за меня.
41. У меня много сил, мне не надо заставлять себя быть активным.

42. Говорят, что я упрямый/ая «как осел».
43. Меня раздражает счастье других.
44. Почти всегда я чувствую себя одиноким.
45. Иногда меня пугает то, как сильно я могу злиться сам на себя.
46. Часто я работаю так много, что чувствую себя «выжатым как лимон».
47. Случается, что я могу ударить кого-то из членов моей семьи или друзей.
48. Мне нравится делать рискованные вещи.
49. Мне трудно отличить, что более, а что менее важно.
50. Я более уверен/а в себе, чем другие.
51. Мне нравится быть в одиночестве.
52. После ссоры я очень злюсь сам на себя.
53. Я уверен в том, что существуют «высшие силы».
54. Мне нравится быть в центре внимания.
55. Меня часто унижают.
56. Мне очень нравится играть в игры на деньги.
57. Важны только мои потребности.
58. Я часто задумываюсь, могу ли я доверять моим знакомым.
59. Часто думаю о тех, кого я обидел.
60. Иногда у меня возникает чувство, что должно случиться что-то плохое.
61. Я часто ссорюсь.
62. Обычно я быстро прощаю того, кто меня обидел.
63. Результаты моих действий не зависят от меня.
64. Я ощущаю связь со всеми людьми вокруг.
65. Обычно, прежде чем принять решение, я подробно анализирую все, даже мельчайшие детали.
66. Я хотел(а)бы обладать супер способностями (например супер силой).
67. Когда кто-то на меня злится, я жду пока у него это пройдет.
68. Обычно я делаю то, что считаю правильным.
69. Я легко переживаю по пустякам.
70. Я знаю, к чему стремлюсь в жизни.

71. Когда я в беде, всегда найдется кто-то, кто мне поможет.
72. Часто случается, что незнакомые люди как-то странно на меня смотрят или оценивают критически.
73. Существуют духи, которые вредят или помогают.
74. Всегда долго думаю, пока что-то выберу.
75. Когда кто-то «несет чушь», я обычно говорю ему об этом.
76. Большинство близких мне людей не понимает меня.
77. Тяжелая ситуация является для меня вызовом.
78. Я знаю, что часто со мной «просто невозможно».
79. Религия помогает мне в жизни.
80. Я часто хорошо отношусь к людям, которые ко мне относятся плохо.
81. Когда я невнимателен или поступаю неосторожно, у меня часто что-то не получается.
82. Я радуюсь несчастьем других.
83. Мне нравится придумывать новые способы действия.
84. Я все делаю очень медленно.
85. Понимание другого человека не приводит ни к чему хорошему.
86. Когда у меня проблемы, я продумываю план действия и следую ему.
87. Мои отношения с людьми то портятся, то налаживаются.
88. Меня часто мучают воспоминания о моих плохих поступках.
89. Мне нравится разыгрывать других.
90. Я боюсь делать что-то новое.
91. Я не могу повлиять на то какой/ая я.
92. Мне тяжело работать, когда мне никто не помогает.
93. Каждое изменение в моей жизни очень меня радует.
94. Всегда, прежде чем подписать что-то, я читаю весь документ.
95. Мне трудно руководить или командовать.
96. Я верю в чудеса.
97. Меня легко обидеть.
98. Мне тяжело принять решение, когда есть много вариантов.

99. Предпочитаю полностью отдаться делу, чем быть осторожным в том, что делаю.
100. Мои отношения с людьми складываются не так хорошо, как хотелось бы.
101. Часто я пытаюсь сделать больше, чем могу на самом деле.
102. Я менее энергичный/ая, чем большинство людей.
103. Когда мне тяжело, я представляю себе, что на самом деле все наоборот.
104. Когда кто-то ко мне хорошо относится, я задумываюсь, что за этим стоит.
105. Иногда мне говорят, что у меня слишком высокое мнение о себе.
106. Во время семейных праздников я чувствую себя отчужденно.
107. Когда нахожусь в тяжелой ситуации, я смиряюсь с этим.
108. Надо избегать сильных впечатлений – они слишком изматывают.
109. Я мог бы посвятить всю свою жизнь тому, чтобы мир стал лучше.
110. Жизнь для меня - это постоянный труд.
111. Обычно мне хватает энергии на весь день.
112. Я легко теряю контроль над собой.
113. Я вспыльчивый.
114. У меня часто не хватает сил, чтобы закончить то, что я начал.
115. Мне тяжело принять какой-либо отказ.
116. Я всегда расслаблен, даже если все вокруг нервничают.
117. Я хочу иметь больше, чем другие.
118. Я легко рассказываю о своих личных проблемах даже тем, кого плохо знаю.
119. Большинство людей ничего не стоят.
120. Я меняю свое мнение в зависимости от того, с кем общаюсь.
121. Надо всегда поступать согласно правилам.
122. Я часто злюсь сам на себя.
123. Я боюсь наглых людей.
124. Часто испытываю недовольство тем, как складывается моя жизнь.
125. Сильные эмоции заставляют меня говорить такие вещи, о которых я потом жалею.

126. Я часто отказываюсь от своих планов.
127. Я хочу действовать так, чтобы все были довольны.
128. Мои развлечения важнее, чем проблемы других.
129. Когда я сотрудничаю с другими, то часто беру на себя ведущую роль.
130. Я часто говорю неправду, потому что иначе мне своего не добиться.
131. Неудачи отбивают у меня желание делать что-либо.
132. Случалось, что я добровольно брался за работу, которая меня не устраивала.
133. Я почти всегда принимаю решения по первому впечатлению.
134. Мне есть, чем гордиться.
135. Мне часто случается обходить правила.
136. Красивые люди очень смущают меня.
137. Я обычно верю гороскопам и гаданиям.
138. Я очень нежный человек.
139. После ссоры какое-то время я не общаюсь с этим человеком.
140. Я умею отказывать.
141. Я часто задумываюсь над тем, какой я есть.
142. Мне нравится флиртовать.
143. Я думаю, что в будущем я буду очень счастлив.
144. Обычно я сдержанный.
145. Я очень часто задумываюсь над тем, что делаю.
146. Когда я злюсь, случается, что могу кого-то ударить или бросаться какими-то предметами.
147. Случалось, что я испытывал/а влияние высших сил.
148. Когда я теряю поддержку близкого человека, мне надо найти кого-то, кто позаботился бы обо мне.
149. Часто я бываю жертвой неприятных ситуаций.
150. Никто не интересуется тем, что я чувствую.
151. Мне не хватает уверенности в себе.
152. Часто люди говорят мне, что я с ними не считаюсь.

153. Обычно я доволен собой.
154. Ничто в жизни не складывается так, как я бы этого хотел.
155. Я бываю так занят, что мне не хватает времени на развлечения.
156. Я знаю, что стою меньше, чем другие люди.
157. Во всем, что я делаю, обращаю внимание на детали.
158. В сложной ситуации я ожидаю, что что-то меня спасет.
159. Мне плохо спится на новом месте.
160. Даже тогда, когда все хорошо складывается, я часто оставляю это дело.
161. Это не честно, что другие имеют больше, чем я.
162. Люди обвиняют меня в излишней независимости потому, что я не делаю того, что они от меня требуется.
163. Я легко мог(а)бы переехать в другой город.
164. Я часто разочаровываюсь в людях.
165. Несмотря на препятствия, я всегда надеюсь, что все будет хорошо..
166. Моя жизнь не имеет смысла.
167. Мне нравится делиться с друзьями всем моим опытом и моими мыслями.
168. Я часто упускаю свой жизненный шанс, потому что начинаю уходить от дела.
169. Я педантичный/ая.
170. Даже когда очень я стараюсь, я не могу работать так быстро, как другие.
171. Мое изменчивое настроение очень всех утомляет и меня тоже.
172. Я часто мечтаю, что я миллионер.
173. Мне трудно быстро принимать решения.
174. Я даже готов пожертвовать собою, чтобы только меня любили.
175. Я часто задумываюсь, как другие относятся ко мне.
176. Бывает, что даже без причин я начинаю переживать.
177. Меня раздражает всякая ненатуральность.
178. Я часто делаю что-то вопреки своему желанию.
179. Чаще всего я надеюсь, что кто-то другой решит мои проблемы.
180. Я требую от себя больше, чем другие люди.

181. Часто среди людей я чувствую отчужденность.
182. Я обычно чувствую, что все будет хорошо.
183. Иногда я сам/а себя унижаю.
184. Иногда впоследствии я осознаю, что зря позволил/а себя уговорить.
185. Мне хуже, чем другим.
186. Иногда для удовольствия я делаю что-то опасное.
187. Мне все равно, любят ли меня люди или нет.
188. Я часто чувствую себя как бочка пороха перед взрывом.
189. Я умею быть настойчивым/ой в ситуациях, которые требуют этого.
190. Другие люди слишком сильно меня контролируют.
191. Не стоит тратить время на людей, которые ничего не значат.
192. Я всегда должен быть уверен в том, что не допустил никакой ошибки.
193. Когда я с кем-то поссорюсь, то быстро стараюсь помириться.
194. Мне нравится, когда кто-то контролирует мою деятельность.
195. Меня трудно переубедить, я нелегко меняю взгляды и мнения.
196. Я часто жду, пока кто-то другой возьмет инициативу на себя.
197. Я умею трезво мыслить в трудных ситуациях.
198. Моя жизнь зависит от обстоятельств, на которые я не имею влияния.
199. Меня раздражает, когда кто-то мешает мне в том, что я делаю.
200. «Я теряюсь» в жизни.
201. Когда я напряжен или тороплюсь, я чувствую себя бессильным.
202. Смотрясь в зеркало, я испытываю отвращение.
203. Я очень часто ощущаю, что «все меня достало».
204. Обычно я ориентируюсь на то, что я сейчас чувствую.
205. Всегда, когда что-то про себя скажу, получаю «по голове».
206. Я часто представляю, что я великий человек.
207. Я всегда хочу как можно быстрее сделать то, что мне надо сделать.
208. Я очень чувствительный/ая.
209. Неудачи подталкивают меня к дальнейшим действиям.
210. Всегда надо придерживаться правил, даже если они мешают жить.

211. Обычно я не умею защититься, когда кто-то делает мне больно.
212. Мне нравится путешествовать.
213. Обычно я знаю, что надо делать.
214. Предпочитаю провести жизнь в одиночестве, чем с кем-то связываться.
215. Часто не могу влиять на то, что и как делаю.
216. Я умею справляться со своими проблемами.
217. Я легко возвращаюсь к прерванной работе.
218. Большинство людей, которых я знаю, заботятся только о своих делах.
219. Я заслуживаю особого отношения к себе.
220. Я всегда вникаю в детали, даже если ограничен во времени.
221. Я никогда не подвергаю сомнению то, что говорят авторитетные люди.
222. Я хочу, чтобы мной восхищались больше, чем другими.
223. Моя судьба зависит, в первую очередь, от меня самого.
224. Большинство людей лучше справляются с многими делами чем я.
225. Я часто мечтаю об идеальном романе, который когда-нибудь переживу.
226. Меня очень возмущает, когда кто-то надо мной шутит.
227. Музыка, поэзия очень меня трогают.
228. Я часто бываю жестоким/ой к близким мне людям.
229. Бывает, что я забываю о чем-то, чего на самом деле не хочу делать.
230. Меня часто мучает совесть.
231. Секс - это одно из самых важных дел в моей жизни.
232. В сегодняшнем мире честный человек должен проиграть.
233. Я обычно делаю все по-своему, не прислушиваясь к чужому мнению.
234. Мне не нравится смотреться в зеркало.
235. Я часто веду себя так, что окружающим тяжело со мной.
236. Люди ищут у меня помощи и понимания.
237. Я постоянно себя в чем-то упрекаю.
238. Иногда я мечтаю об известности, уважении, высоком положении которого добьюсь в будущем.
239. Со всеми сложностями можно справиться.

240. Меня легко использовать, поэтому мне надо быть повнимательнее.

241. Я легко отступаю в споре.

242. Я устаю быстрее, чем большинство людей.

243. Каждый день я стараюсь сделать очередной шаг на пути к своим целям.

Приложение 2

Симптоматический опросник Александровича

Информация о том, какие из них проявлялись в течение последней недели, позволит лучше понять, что беспокоит Вас в настоящее время.

Просим Вас внимательно прочесть каждый вопрос и отметить тот из ответов, который наиболее полно соответствует степени, в какой то или иное недомогание беспокоит Вас.

Если за этот период недомогание вообще не проявлялось, обведите
 кружком знак "0"

Если проявлялось, но лишь незначительно тяготило - обведите кружком цифру "1"

Если было средней тяжести - обведите кружком цифру "2"

Если очень тяготило - обведите кружком цифру "3"

Пожалуйста, отвечайте на вопросы по возможности быстро и руководствуйтесь первым возникшим ощущением.

1. Страх, постоянно появляющийся во время пребывания на балконах, мостах, на высоте и т. д. 0 1 2 3
2. Чувство печали, угнетенности 0 1 2 3
3. Сдавленность, чувство как бы кома в горле 0 1 2 3
4. Постоянное чувство беспричинной тревоги 0 1 2 3
5. Частые слезы 0 1 2 3
6. Чувство усталости, слабости после пробуждения утром, проходящее в течение дня 0 1 2 3
7. Неудовлетворенность сексуальной жизнью 0 1 2 3
8. Чувство, будто знакомые предметы стали странными и чужими 0 1 2 3
9. Рвота в ситуациях нервного напряжения 0 1 2 3
10. Плохое самочувствие в местах скопления людей 0 1 2 3
11. Кожный зуд, быстро появляющаяся и исчезающая сыпь 0 1 2 3

12. Многократная, затрудняющая жизнь проверка, все ли правильно сделано (закрыта ли дверь, выключен ли газ и т. д.) 0 1 2 3
13. Судороги в мышцах, появляющиеся при выполнении только определенных действий (например, судороги в пальцах при письме, игре на музыкальных инструментах и т. д.) 0 1 2 3
14. Головокружение 0 1 2 3
15. Недостаток самостоятельности 0 1 2 3
16. Чувство мучительного внутреннего напряжения 0 1 2 3
17. Обнаружение у себя признаков различных серьезных заболеваний 0 1 2 3
18. Навязчиво появляющиеся, мешающие упорные мысли, слова, представления 0 1 2 3
19. Страшные сны, ночные кошмары 0 1 2 3
20. Учащенное, сильное сердцебиение, не вызванное физическим усилием 0 1 2 3
21. Страх или другие неприятные переживания, постоянно возникающие, когда вокруг нет людей (например, в пустой квартире) 0 1 2 3
22. Сильное чувство вины, самообвинение 0 1 2 3
23. Потеря чувствительности кожи в какой-либо части тела 0 1 2 3
24. Парализующий необъяснимый страх, делающий невозможным какое-либо действие 0 1 2 3
25. Глубокое, интенсивное переживание неприятных событий 0 1 2 3
26. Ухудшение памяти 0 1 2 3
27. Трудности в сексуальной жизни (например, отсутствие эрекции, преждевременная эякуляция у мужчин; спазмы мышц у женщин и др.) 0 1 2 3
28. Чувство, будто мир, окружение как бы скрыто туманом 0 1 2 3
29. Головная боль, мешающая что-либо делать 0 1 2 3
30. Мучительное чувство одиночества 0 1 2 3
31. Вздутие живота, непроизвольное выделение газов 0 1 2 3
32. Многократное повторение одних и тех же ненужных или бессмысленных действий 0 1 2 3

33. Заикание 0 1 2 3
34. Ощущение прилива крови к голове 0 1 2 3
35. Затрудняющая жизнь неуверенность в себе 0 1 2 3
36. Рассеянность, мешающая деятельности 0 1 2 3
37. Отнимающие много времени действия и процедуры (ритуалы), целью которых является избежать болезни 0 1 2 3
38. Постоянная борьба с навязчиво возвращающимися мыслями о желании нанести кому-либо вред, оскорбление и т. д. 0 1 2 3
39. Трудности засыпания 0 1 2 3
40. Боли в сердце 0 1 2 3
41. Страх, постоянно возникающий при нахождении в движущемся транспорте 0 1 2 3
42. Потеря веры в свои силы 0 1 2 3
43. Кратковременная обездвиженность, невозможность двигать руками или ногами 0 1 2 3
44. Приступы панического ужаса 0 1 2 3
45. Подверженность сильным, глубоким переживаниям 0 1 2 3
46. Чувство, будто мышление значительно затруднено и менее ясно, чем обычно 0 1 2 3
47. Нежелание вступать в сексуальные контакты с лицами противоположного пола 0 1 2 3
48. Чувство, будто окружающий мир нереален 0 1 2 3
49. Сухость во рту 0 1 2 3
50. Избегание людей, даже близких знакомых 0 1 2 3
51. Обмороки 0 1 2 3
52. Не поддающаяся контролю внутренняя необходимость выполнения ненужных движений (например, многократного ненужного мытья рук, прикосновения к чему-либо...) 0 1 2 3
53. Резкие, произвольные движения (тики) 0 1 2 3
54. Отсутствие аппетита 0 1 2 3

55. Беспомощность, жизненная "неумелость" 0 1 2 3
56. Нервность, хаотичность в движениях, снижающая эффективность действий
0 1 2 3
57. Постоянная концентрация внимания на телесных функциях (например, на работе сердца, пульсе, пищеварении и т. д.) 0 1 2 3
58. Возникающие против воли навязчивые мысли непристойного или кощунственного содержания 0 1 2 3
59. Приступы голода (например, необходимость еды ночью) 0 1 2 3
60. Чувство тепла и (или) холода без видимой причины 0 1 2 3
61. Страх, появляющийся всегда во время нахождения на открытом пространстве, например, на большой площади 0 1 2 3
62. Желание покончить с собой 0 1 2 3
63. Периодические нарушения зрения и слуха 0 1 2 3
64. Беспокойство 0 1 2 3
65. Невозможность сдерживать свои чувства, невзирая на последствия 0 1 2 3
66. Трудности в концентрации, сосредоточении внимания 0 1 2 3
67. Значительное ослабление или утрата полового влечения 0 1 2 3
68. Чувство чуждости собственного тела 0 1 2 3
69. Понос 0 1 2 3
70. Чувство стыда и скованности в присутствии лиц противоположного пола
0 1 2 3
71. Страх и (или) другие неприятные переживания, появляющиеся только во время пребывания в закрытых помещениях 0 1 2 3
72. Замедленность движений и мыслей, апатия 0 1 2 3
73. Невозможность издать звуки, немота, внезапно появляющаяся и исчезающая 0 1 2 3
74. Запоры 0 1 2 3
75. Чувство, будто Вы хуже других людей 0 1 2 3
76. Ломка, битье, уничтожение предметов от злости или при нервном возбуждении 0 1 2 3

77. Опасение за свое здоровье (страх заболеть каким-либо серьезным заболеванием) 0 1 2 3
78. Упорное, навязчивое, ненужное пересчитывание, например, прохожих, фонарей, автомашин 0 1 2 3
79. Частое пробуждение ночью 0 1 2 3
80. Покраснение лица, шеи, груди 0 1 2 3
81. Чувство страха, возникающее при нахождении в толпе 0 1 2 3
82. Пессимизм, предчувствие неудач и провалов в будущем 0 1 2 3
83. Недомогания, возникающие в трудных и неприятных ситуациях 0 1 2 3
84. Необоснованное чувство опасности, угрозы 0 1 2 3
85. Неожиданное бурное переживание радости, счастья, экстаза 0 1 2 3
86. Постоянное чувство усталости 0 1 2 3
87. Неприятные переживания, связанные с онанизмом 0 1 2 3
88. Чувство, будто Вы живете как во сне 0 1 2 3
89. Дрожь в мышцах рук, ног или всего тела 0 1 2 3
90. Чувство, что Вы легко поддаетесь влиянию других людей 0 1 2 3
91. Аллергические недомогания ("сенная" лихорадка, быстро возникающие и проходящие отеки и др.) 0 1 2 3
92. Внутренняя необходимость выполнять какие-либо действия очень медленно и педантично 0 1 2 3
93. Судороги мышц в различных частях тела 0 1 2 3
94. Скопление чрезмерного количества слюны во рту 0 1 2 3
95. Погружение в грезы наяву 0 1 2 3
96. Не поддающиеся управлению взрывы злости и гнева 0 1 2 3
97. Чувство, что Вы больны какой-то тяжелой, угрожающей Вашей жизни болезнью 0 1 2 3
98. Чрезмерная жажда 0 1 2 3
99. Бессонница 0 1 2 3
100. Сильное чувство холода и (или) тепла, возникающее без видимой причины 0 1 2 3

101. Сильный страх предметов, животных или мест, бояться которых нет причины 0 1 2 3
102. Нехватка силы или энергии в какой-либо деятельности 0 1 2 3
103. Затруднение дыхания (например, чувство недостатка воздуха или одышка, появляющиеся внезапно и быстро проходящие) 0 1 2 3
104. Чувство тревоги, беспокойства перед какими-то событиями, встречами и т. д. 0 1 2 3
105. Чувство, что Вас недооценивают 0 1 2 3
106. Снижение быстроты мышления, потеря сообразительности 0 1 2 3
107. Боли или другие неприятные ощущения в половых органах 0 1 2 3
108. Впечатление, что Вы уже однажды видели то, что на самом деле видите сейчас впервые 0 1 2 3
109. Неприятные ощущения или боль, возникающие под влиянием шума, яркого света или легких прикосновений и др. 0 1 2 3
110. Чувство, что люди относятся к Вам враждебно 0 1 2 3
111. Непроизвольное мочеиспускание (например, во время сна) 0 1 2 3
112. Злоупотребление алкоголем 0 1 2 3
113. Непроизвольное дрожание век, лица, головы или других частей тела 0 1 2 3
114. Неприятное потение в моменты волнения 0 1 2 3
115. Чувство, что Вы подчиняетесь (покоряетесь) другим людям 0 1 2 3
116. Постоянное чувство злости, гнева 0 1 2 3
117. Неопределенные, блуждающие боли 0 1 2 3
118. Чувство протеста (бунта) 0 1 2 3
119. Чувство сонливости в течение дня, которое трудно преодолеть и которое вынуждает засыпать хотя бы на какие-то моменты, независимо от обстоятельств 0 1 2 3
120. Чувство прилива крови к голове 0 1 2 3
121. Тревога за близких людей, которым в действительности ничто не угрожает 0 1 2 3

122. Чувство, что Вы хуже, чем другие люди 0 1 2 3
123. Нарушение равновесия 0 1 2 3
124. Страх, что с Вами что-то произойдет, или Вы сами сделаете себе что-либо ужасное (например, выброситесь из окна, или произойдет какая-то катастрофа и т. п.) 0 1 2 3
125. Чувство, что окружающие не интересуются Вами и Вашими делами 0 1 2 3
126. Наплыв мыслей 0 1 2 3
127. Нарушение месячных (у женщин) 0 1 2 3
128. Чувство бесцветности (бледности), малой интенсивности переживаний 0 1 2 3
129. Чувство мышечного напряжения 0 1 2 3
130. Потребность в одиночестве 0 1 2 3
131. Жжение в пищеводе, изжога 0 1 2 3
132. Учащенное мочеиспускание 0 1 2 3
133. Судорога, вынуждающая постоянно вертеть головой 0 1 2 3
134. Мышечные боли (например, боли в пояснице, грудной клетке и т. п.) 0 1 2 3
135. Шум в ушах 0 1 2 3
136. Тошнота, предобморочное состояние 0 1 2 3
137. Снижение половой потенции 0 1 2 3
138. Впечатление, что уже был в каком-то месте или ситуации, в которой на самом деле сейчас находишься впервые 0 1 2 3

Приложение 3

Опросник качества жизни SF-36

Инструкция

Этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная Вами информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете, и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками. Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный вами ответ, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

1. В целом вы бы оценили состояние Вашего здоровья как
(обведите одну цифру): Отличное 1

Очень хорошее 2

Хорошее 3

Посредственное 4

Плохое 5

2. Как бы вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад?
(обведите одну цифру) Значительно лучше, чем год назад 1

Несколько лучше, чем год назад 2

Примерно так же, как год назад 3

Несколько хуже, чем год назад 4

Гораздо хуже, чем год назад 5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течении своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)

	Вид физической активности	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А	Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта	1	2	3
Б	Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
В	Поднять или нести сумку с продуктами	1	2	3
Г	Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	1	2	3
Д	Подняться пешком по лестнице на один пролет	1	2	3
Е	Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	1	2	3
Ж	Пройти расстояние более одного километра	1	2	3
З	Пройти расстояние в несколько кварталов	1	2	3
И	Пройти расстояние в один квартал	1	2	3
К	Самостоятельно вымыться, одеться	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

		Да	Нет
А	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б	Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В	Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	1	2
Г	Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в

Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

		Да	Нет
А	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б	Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В	Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течении последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)

- Совсем не мешало 1
 Немного 2
 Умеренно 3
 Сильно 4
 Очень сильно 5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру) Совсем не испытывал(а)... 1

- Очень слабую 2
 Слабую 3
 Умеренную 4
 Сильную 5
 Очень сильную 6

8. В какой степени боль в течении последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой, включая работу вне дома и по дому? (обведите одну цифру)

- Совсем не мешала 1
 Немного 2
 Умеренно 3
 Сильно 4
 Очень сильно 5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. Как часто в течении последних 4 недель (обведите одну цифру в каждой строке):

		Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А	Вы чувствовали себя бодрым(ой)?	1	2	3	4	5	6
Б	Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В	Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г	Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Д	Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е	Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж	Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З	Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И	Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто в последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми? Например, навещать родственников, друзей и т.п. (обведите одну цифру)

- Все время 1
 Большую часть времени 2
 Иногда 3
 Редко 4
 Ни разу 5

11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)

		Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном не верно	Определенно неверно
А	Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
Б	Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
В	Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
Г	У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Приложение 4

Тест жизнестойкости Мадди в адаптации Осина-Рассказовой

Инструкция

Прочитайте следующие утверждения и выберите тот вариант ответа («нет», «скорее нет», «скорее да», «да»), который наилучшим образом отражает Ваше мнение. Здесь нет правильных ответов, так как важно только Ваше мнение. Просьба отмечать первый пришедший Вам в голову вариант, подолгу не задумываясь над ответами. Отвечайте последовательно, не пропуская вопросов.

Утверждение	Нет	Скорее нет	Скорее да	Да
1.Я часто не уверен в собственных решениях				
2.Иногда мне кажется, что никому нет до меня дела				
3.Я постоянно занят, и мне это нравится				
4.Порой все, что я делаю, кажется мне бесполезным				
5.Вечером я часто чувствую себя совершенно разбитым				
6.Иногда меня пугают мысли о будущем				
7. Я всегда уверен, что смогу воплотить в жизнь то, что задумал				
8.Мне кажется, я не живу полной жизнью, а только играю роль				
9.Мне кажется, если бы в прошлом у меня было меньше разочарований и невзгод, мне было бы сейчас легче жить на свете				
10.Возникающие проблемы часто кажутся мне неразрешимыми				
11.Когда кто-нибудь жалуется, что жизнь скучна, это значит, что он просто не умеет видеть интересное				
12.Мне всегда есть чем заняться				
13.Я часто сожалею о том, что уже сделано				
14.Я довольно часто откладываю на завтра то, что трудноосуществимо, или то, в чем я не уверен				
15.Мне кажется, жизнь проходит мимо меня				
16.Мои мечты редко сбываются				
17.Порой мне кажется, что все мои усилия тщетны				
18.Мне не хватает упорства закончить на-чатое				
19.Бывает, жизнь кажется мне скучной и бесцветной				
20.Как правило, я работаю с удовольствием				
21.Иногда я чувствую себя лишним даже в кругу друзей				
22.Бывает, на меня наваливается столько проблем, что просто руки опускаются				
23.Друзья уважают меня за упорство и не-преклонность				
24.Я охотно берусь воплощать новые идеи				

Приложение 5

Полуструктурированное интервью

1. В чем причина Вашего заболевания? (предполагаются ответы, сводимые к областям: трудности в отношениях с окружающим миром, внешние события (жизненная ситуация), ощущения в собственном теле, психике/душе). Для уточнения вопрос: Т.е. Ваше трудности/жалобы касаются...? (предполагаемый вариант ответа))

2. По шкале от 0 до 10 (где 0 – «совсем не думаю», а 10 – «очень часто думаю») как часто Вы думаете о Ваших трудностях или о том, что доставляет Вам дискомфорт?

3. По Вашему мнению, какой вид лечения будет Вам полезнее: фармакотерапия, психотерапия или психотерапия+фармакотерапия?

4. В рамках Вашего лечения, какие процедуры и/или мероприятия посещаете? (имеют место уточняющие вопросы о лекарствах, группах, индивидуальной работе с психологом и занятиях на отделении)

5. Что на Ваш взгляд больше способствует улучшению вашего состояния?

6. По шкале от 0 до 10 (где 0 – «совсем не улучшается», а 10 – «очень сильно улучшается») насколько улучшается Ваше состояние от приема лекарств?

7. По шкале от 0 до 10 (где 0 – «совсем не помогает», а 10 – «очень сильно помогает») насколько Вам помогают индивидуальные встречи с психологом/индивидуальная психотерапия?

8. По шкале от 0 до 10 (где 0 – «совсем не помогает», а 10 – «очень сильно помогает») насколько Вам помогает групповая работа, кроме психотерапии? (при наличии динамических групп)

9. По шкале от 0 до 10 (где 0 – «совсем не помогает», а 10 – «очень сильно помогает») насколько Вам помогает групповая психотерапия? (при наличии динамических групп)

10. В целом по шкале от 0 до 10 (где 0 – «совсем не помогает», а 10 – «очень сильно помогает») как Вы оцениваете то лечение, которое получаете в учреждении? (лечение в интегральном смысле)

11. По шкале от 0 до 10 (где 0 – «совсем не хочу», а 10 – «очень сильно хочу») насколько Вы хотите получать то лечение, которое Вам назначил врач?

12. По шкале от 0 до 10 (где 0 – «совершенно неудовлетворен», а 10 – «абсолютно удовлетворен») насколько Вас устраивает то лечение, которые Вы получаете? Есть ли что-то в этом лечении, что Вы хотели бы изменить. Если да, то что?

13. Давайте попробуем разделить Ваше лечение на части. Какие это будут части? Если все лечение – это 100%, то какую долю занимает каждая из этих частей? (примеры: фармакотерапия, психотерапия, занятия на отделении)

14. (в начале терапии) По шкале от 0 до 10 (где 0 – «сильно ухудшилось», 5 – «совсем не изменилось», а 10 – «сильно улучшилось») как Вы можете оценить свое состояние сейчас?

15. (после окончания терапии) По шкале от 0 до 10 (где 0 – «сильно ухудшилось», 5 – «совсем не изменилось», а 10 – «сильно улучшилось») как Вы можете оценить свое состояние сейчас, по сравнению с тем, которое было в начале Вашего лечения в учреждении?

Приложение 6

Количественные результаты полуструктурированного интервью

№	Краткая характеристика вопроса	Классификация ответов	ПНД		Клиника	
			"До"	"После"	"До"	"После"
1	Причина заболевания	Трудности в отношениях с окружающим миром	9	6	7	5
		Внешние события	4	3	4	3
		Ощущения в собственном теле, психике/душе	3	7	3	6
2	Мысли о трудностях		7,5	6,313	7,357	6,214
3	Предпочитаемый вид лечения	Фармакотерапия	7	4	7	4
		Психотерапия	4	8	4	6
		Фармакотерапия+психотерапия	8	8	3	8
4	Процедуры	Лекарства	16	16	14	14
		Групповые занятия на учреждении	5	8	11	8
		Психотерапия (индивидуальная)	11	12	11	12
		Психотерапия (групповая)	4	9	3	9
5	Улучшает состояние	Лекарства	11	12	11	6
		Групповые занятия на учреждении	4	7	3	7
		Психотерапия (индивидуальная)	6	12	6	12
		Психотерапия (групповая)	6	9	3	9
6	Улучшения от лекарств		7,681	7,313	5,3	6,9
7	Улучшение от групп занятий		5,6	8,526	5,727	6,563
8	Улучшения от психотерапии		6,154	7,091	5,545	7,083
9	Улучшения от гр. психотерапии		4,25	5,295	5,286	7,222
10	Оценка лечения		4,484	8,529	5,7	8,667
11	Мотивация получать лечение		7,706	8,977	7,767	8,867
12	Удовлетворенность лечением	Другие препараты	11	11	9	9
		Назначить психотерапию	9	9	7	7
		Более комфортные условия	7	7	7	7
			8,625	9,375	8,429	9,143
13	Части лечения	Фармакотерапия	1	1	1	1
		Другие занятия на отделении	0,688	0,813	0,643	0,786
		Психотерапия	0,733	1	0,786	1
14	Состояние		4,938	6,688	4,929	6,786

Приложение 7

Таблица выходных данных многофакторного дисперсионного анализа по факторам «возраст», «пол», «группа».

Источник		Сумма квадратов типа III	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.	Частичная эта- квадрат
Пол	X-кон	13,51	1,00	13,51	0,78	0,39	0,04
	Чувство зависимости от окружения	5,79	1,00	5,79	0,74	0,40	0,04
	Астения	0,04	1,00	0,04	0,01	0,93	0,00
	Отрицательная самооценка	7,33	1,00	7,33	2,29	0,15	0,11
	Импульсивность	0,13	1,00	0,13	0,02	0,89	0,00
	Сложность принятия решений	1,87	1,00	1,87	0,67	0,42	0,03
	Отчужденность	3,99	1,00	3,99	1,34	0,26	0,07
	Демобилизация	0,89	1,00	0,89	0,13	0,73	0,01
	Рискованное поведение	1,12	1,00	1,12	0,52	0,48	0,03
	Сложность эмоциональных отношений	2,91	1,00	2,91	1,28	0,27	0,06
	Нехватка жизненной энергии	1,81	1,00	1,81	0,34	0,57	0,02
	Уверенность в собственной жизненной беспомощности	5,63	1,00	5,63	0,90	0,35	0,05
	Чувство отсутствия влияния	0,07	1,00	0,07	0,03	0,86	0,00
	Отсутствие внутренней направленности	3,45	1,00	3,45	1,50	0,24	0,07
	Склонность к представлениям, фантазиям	30,53	1,00	30,53	8,99	0,01	0,32
	Чувство вины	4,26	1,00	4,26	1,08	0,31	0,05
	Проблемы межличностных отношений	0,02	1,00	0,02	0,02	0,90	0,00
	Зависть	1,28	1,00	1,28	0,50	0,49	0,03
	Нарциссизм	2,79	1,00	2,79	1,12	0,30	0,06
	Чувство опасности	0,32	1,00	0,32	0,11	0,75	0,01
	Экзальтация	0,69	1,00	0,69	0,14	0,71	0,01
	Иррациональность	3,92	1,00	3,92	2,96	0,10	0,13
	Мелочность	4,30	1,00	4,30	2,54	0,13	0,12
	Рефлексивность	2,36	1,00	2,36	0,64	0,43	0,03

	Чувство перегрузки	5,49	1,00	5,49	1,50	0,24	0,07
	Σ С.О.	1503,10	1,00	1503,10	0,14	0,72	0,01
	Страх, фобии	162,01	1,00	162,01	0,69	0,42	0,04
	Депрессивные расстройства	46,62	1,00	46,62	0,63	0,44	0,03
	Беспокойство, напряжение	0,03	1,00	0,03	0,00	0,99	0,00
	Нарушение сна	98,33	1,00	98,33	2,28	0,15	0,11
	Истерические расстройства	109,52	1,00	109,52	0,92	0,35	0,05
	Неврастенические расстройства	2,45	1,00	2,45	0,01	0,91	0,00
	Сексуальные расстройства	1,64	1,00	1,64	0,02	0,89	0,00
	Дереализация	96,61	1,00	96,61	1,11	0,31	0,06
	Навязчивости	14,56	1,00	14,56	0,22	0,64	0,01
	Трудности в социальных контактах	36,49	1,00	36,49	0,89	0,36	0,04
	Ипохондрические расстройства	74,10	1,00	74,10	1,92	0,18	0,09
	Психастенические нарушения	108,56	1,00	108,56	0,98	0,33	0,05
	Соматические нарушения	1439,03	1,00	1439,03	1,41	0,25	0,07
	Жизнестойкость	17,85	1,00	17,85	1,18	0,29	0,06
	Вовлеченность	3,25	1,00	3,25	0,56	0,46	0,03
	Контроль	0,95	1,00	0,95	0,34	0,57	0,02
	Принятие риска	2,10	1,00	2,10	0,56	0,46	0,03
	РН	1,01	1,00	1,01	0,21	0,65	0,01
	МН	0,76	1,00	0,76	0,13	0,72	0,01
Возраст	X-кон	0,39	2,00	0,20	0,01	0,99	0,00
	Чувство зависимости от окружения	0,88	2,00	0,44	0,06	0,95	0,01
	Астения	9,25	2,00	4,62	1,01	0,38	0,10
	Отрицательная самооценка	2,97	2,00	1,48	0,46	0,64	0,05
	Импульсивность	30,88	2,00	15,44	2,42	0,12	0,20
	Сложность принятия решений	4,21	2,00	2,11	0,76	0,48	0,07
	Отчужденность	2,89	2,00	1,45	0,48	0,62	0,05
	Демобилизация	11,31	2,00	5,66	0,81	0,46	0,08
	Рискованное поведение	0,25	2,00	0,13	0,06	0,94	0,01
	Сложность эмоциональных отношений	6,74	2,00	3,37	1,48	0,25	0,13
	Нехватка жизненной энергии	4,25	2,00	2,13	0,40	0,68	0,04

Уверенность в собственной жизненной беспомощности	11,34	2,00	5,67	0,91	0,42	0,09
Чувство отсутствия влияния	6,13	2,00	3,06	1,46	0,26	0,13
Отсутствие внутренней направленности	2,75	2,00	1,38	0,60	0,56	0,06
Склонность к представлениям, фантазиям	5,63	2,00	2,82	0,83	0,45	0,08
Чувство вины	4,13	2,00	2,07	0,53	0,60	0,05
Проблемы межличностных отношений	3,40	2,00	1,70	1,24	0,31	0,12
Зависть	0,86	2,00	0,43	0,17	0,85	0,02
Нарциссизм	0,70	2,00	0,35	0,14	0,87	0,01
Чувство опасности	2,45	2,00	1,22	0,41	0,67	0,04
Экзальтация	1,25	2,00	0,62	0,13	0,88	0,01
Иррациональность	2,18	2,00	1,09	0,82	0,45	0,08
Мелочность	9,12	2,00	4,56	2,69	0,09	0,22
Рефлексивность	0,32	2,00	0,16	0,04	0,96	0,00
Чувство перегрузки	4,11	2,00	2,06	0,56	0,58	0,06
Σ С.О.	11790,37	2,00	5895,18	0,53	0,60	0,05
Страх, фобии	597,52	2,00	298,76	1,28	0,30	0,12
Депрессивные расстройства	62,57	2,00	31,29	0,42	0,66	0,04
Беспокойство, напряжение	225,95	2,00	112,97	0,90	0,42	0,09
Нарушение сна	86,57	2,00	43,28	1,01	0,38	0,10
Истерические расстройства	56,54	2,00	28,27	0,24	0,79	0,02
Неврастенические расстройства	180,82	2,00	90,41	0,51	0,61	0,05
Сексуальные расстройства	8,45	2,00	4,22	0,05	0,95	0,01
Дереализация	71,15	2,00	35,58	0,41	0,67	0,04
Навязчивости	4,92	2,00	2,46	0,04	0,96	0,00
Трудности в социальных контактах	63,66	2,00	31,83	0,78	0,47	0,08
Ипохондрические расстройства	99,97	2,00	49,98	1,30	0,30	0,12
Психастенические нарушения	43,25	2,00	21,63	0,20	0,82	0,02
Соматические нарушения	6848,60	2,00	3424,30	3,35	0,06	0,26
Жизнестойкость	10,01	2,00	5,00	0,33	0,72	0,03
Вовлеченность	1,83	2,00	0,91	0,16	0,86	0,02

	Контроль	3,75	2,00	1,88	0,68	0,52	0,07
	Принятие риска	5,66	2,00	2,83	0,75	0,48	0,07
	РН	22,23	2,00	11,11	2,29	0,13	0,19
	МН	13,24	2,00	6,62	1,14	0,34	0,11
Группа	X-кон	5,83	1,00	5,83	0,34	0,57	0,02
	Чувство зависимости от окружения	0,01	1,00	0,01	0,00	0,98	0,00
	Астения	4,16	1,00	4,16	0,91	0,35	0,05
	Отрицательная самооценка	11,81	1,00	11,81	3,68	0,07	0,16
	Импульсивность	2,96	1,00	2,96	0,46	0,50	0,02
	Сложность принятия решений	1,04	1,00	1,04	0,37	0,55	0,02
	Отчужденность	0,04	1,00	0,04	0,01	0,91	0,00
	Демобилизация	5,41	1,00	5,41	0,77	0,39	0,04
	Рискованное поведение	0,71	1,00	0,71	0,33	0,57	0,02
	Сложность эмоциональных отношений	5,46	1,00	5,46	2,40	0,14	0,11
	Нехватка жизненной энергии	4,03	1,00	4,03	0,75	0,40	0,04
	Уверенность в собственной жизненной беспомощности	0,01	1,00	0,01	0,00	0,97	0,00
	Чувство отсутствия влияния	0,60	1,00	0,60	0,29	0,60	0,01
	Отсутствие внутренней направленности	0,08	1,00	0,08	0,03	0,85	0,00
	Склонность к представлениям, фантазиям	0,46	1,00	0,46	0,13	0,72	0,01
	Чувство вины	1,44	1,00	1,44	0,37	0,55	0,02
	Проблемы межличностных отношений	1,30	1,00	1,30	0,95	0,34	0,05
	Зависть	0,54	1,00	0,54	0,21	0,65	0,01
	Нарциссизм	0,03	1,00	0,03	0,01	0,91	0,00
	Чувство опасности	4,26	1,00	4,26	1,42	0,25	0,07
	Экзальтация	6,70	1,00	6,70	1,37	0,26	0,07
	Иррациональность	0,11	1,00	0,11	0,09	0,77	0,00
	Мелочность	12,75	1,00	12,75	7,53	0,01	0,28
	Рефлексивность	1,34	1,00	1,34	0,36	0,55	0,02
	Чувство перегрузки	0,20	1,00	0,20	0,05	0,82	0,00
	Σ С.О.	14285,09	1,00	14285,09	1,29	0,27	0,06

	Страх, фобии	384,11	1,00	384,11	1,64	0,22	0,08
	Депрессивные расстройства	6,43	1,00	6,43	0,09	0,77	0,00
	Беспокойство, напряжение	370,77	1,00	370,77	2,94	0,10	0,13
	Нарушение сна	2,40	1,00	2,40	0,06	0,82	0,00
	Истерические расстройства	0,45	1,00	0,45	0,00	0,95	0,00
	Неврастенические расстройства	7,23	1,00	7,23	0,04	0,84	0,00
	Сексуальные расстройства	31,51	1,00	31,51	0,39	0,54	0,02
	Дереализация	47,86	1,00	47,86	0,55	0,47	0,03
	Навязчивости	101,54	1,00	101,54	1,56	0,23	0,08
	Трудности в социальных контактах	26,17	1,00	26,17	0,64	0,43	0,03
	Ипохондрические расстройства	55,51	1,00	55,51	1,44	0,24	0,07
	Психастенические нарушения	49,50	1,00	49,50	0,45	0,51	0,02
	Соматические нарушения	1813,47	1,00	1813,47	1,78	0,20	0,09
	Жизнестойкость	7,72	1,00	7,72	0,51	0,48	0,03
	Вовлеченность	4,73	1,00	4,73	0,81	0,38	0,04
	Контроль	0,00	1,00	0,00	0,00	0,99	0,00
	Принятие риска	0,35	1,00	0,35	0,09	0,76	0,00
	РН	7,72	1,00	7,72	1,59	0,22	0,08
	МН	13,08	1,00	13,08	2,25	0,15	0,11
Пол * Возраст	X-коп	5,68	2,00	2,84	0,16	0,85	0,02
	Чувство зависимости от окружения	6,30	2,00	3,15	0,40	0,68	0,04
	Астения	24,90	2,00	12,45	2,71	0,09	0,22
	Отрицательная самооценка	1,80	2,00	0,90	0,28	0,76	0,03
	Импульсивность	20,05	2,00	10,02	1,57	0,23	0,14
	Сложность принятия решений	1,96	2,00	0,98	0,35	0,71	0,04
	Отчужденность	9,03	2,00	4,51	1,51	0,25	0,14
	Демобилизация	21,15	2,00	10,57	1,51	0,25	0,14
	Рискованное поведение	6,52	2,00	3,26	1,51	0,25	0,14
	Сложность эмоциональных отношений	2,79	2,00	1,40	0,61	0,55	0,06
	Нехватка жизненной энергии	17,48	2,00	8,74	1,63	0,22	0,15

Уверенность в собственной жизненной беспомощности	5,51	2,00	2,75	0,44	0,65	0,04
Чувство отсутствия влияния	0,68	2,00	0,34	0,16	0,85	0,02
Отсутствие внутренней направленности	14,05	2,00	7,02	3,06	0,07	0,24
Склонность к представлениям, фантазиям	11,93	2,00	5,96	1,76	0,20	0,16
Чувство вины	4,00	2,00	2,00	0,51	0,61	0,05
Проблемы межличностных отношений	1,56	2,00	0,78	0,57	0,58	0,06
Зависть	4,32	2,00	2,16	0,84	0,45	0,08
Нарциссизм	0,45	2,00	0,22	0,09	0,91	0,01
Чувство опасности	16,70	2,00	8,35	2,78	0,09	0,23
Экзальтация	2,22	2,00	1,11	0,23	0,80	0,02
Иррациональность	0,39	2,00	0,19	0,15	0,86	0,02
Мелочность	0,93	2,00	0,46	0,27	0,76	0,03
Рефлексивность	2,71	2,00	1,36	0,37	0,70	0,04
Чувство перегрузки	8,24	2,00	4,12	1,13	0,34	0,11
Σ С.О.	599,04	2,00	299,52	0,03	0,97	0,00
Страх, фобии	96,41	2,00	48,21	0,21	0,82	0,02
Депрессивные расстройства	253,89	2,00	126,94	1,72	0,21	0,15
Беспокойство, напряжение	6,53	2,00	3,26	0,03	0,97	0,00
Нарушение сна	171,06	2,00	85,53	1,99	0,16	0,17
Истерические расстройства	6,10	2,00	3,05	0,03	0,97	0,00
Неврастенические расстройства	230,73	2,00	115,36	0,65	0,53	0,06
Сексуальные расстройства	202,01	2,00	101,01	1,25	0,31	0,12
Дереализация	28,28	2,00	14,14	0,16	0,85	0,02
Навязчивости	25,50	2,00	12,75	0,20	0,82	0,02
Трудности в социальных контактах	54,96	2,00	27,48	0,67	0,52	0,07
Ипохондрические расстройства	32,98	2,00	16,49	0,43	0,66	0,04
Психастенические нарушения	40,68	2,00	20,34	0,18	0,83	0,02
Соматические нарушения	257,95	2,00	128,98	0,13	0,88	0,01
Жизнестойкость	35,09	2,00	17,55	1,16	0,34	0,11
Вовлеченность	12,95	2,00	6,47	1,11	0,35	0,10

	Контроль	3,32	2,00	1,66	0,60	0,56	0,06
	Принятие риска	5,68	2,00	2,84	0,76	0,48	0,07
	РН	27,56	2,00	13,78	2,83	0,08	0,23
	МН	11,68	2,00	5,84	1,00	0,38	0,10
Пол * Группа	Х-коп	0,12	1,00	0,12	0,01	0,94	0,00
	Чувство зависимости от окружения	5,42	1,00	5,42	0,69	0,42	0,03
	Астения	3,01	1,00	3,01	0,65	0,43	0,03
	Отрицательная самооценка	8,94	1,00	8,94	2,79	0,11	0,13
	Импульсивность	11,72	1,00	11,72	1,84	0,19	0,09
	Сложность принятия решений	0,01	1,00	0,01	0,00	0,95	0,00
	Отчужденность	0,83	1,00	0,83	0,28	0,60	0,01
	Демобилизация	0,01	1,00	0,01	0,00	0,97	0,00
	Рискованное поведение	0,53	1,00	0,53	0,25	0,63	0,01
	Сложность эмоциональных отношений	0,00	1,00	0,00	0,00	0,96	0,00
	Нехватка жизненной энергии	4,31	1,00	4,31	0,81	0,38	0,04
	Уверенность в собственной жизненной беспомощности	0,96	1,00	0,96	0,15	0,70	0,01
	Чувство отсутствия влияния	0,02	1,00	0,02	0,01	0,93	0,00
	Отсутствие внутренней направленности	0,03	1,00	0,03	0,01	0,91	0,00
	Склонность к представлениям, фантазиям	0,50	1,00	0,50	0,15	0,71	0,01
	Чувство вины	4,70	1,00	4,70	1,20	0,29	0,06
	Проблемы межличностных отношений	0,41	1,00	0,41	0,30	0,59	0,02
	Зависть	0,33	1,00	0,33	0,13	0,73	0,01
	Нарциссизм	0,03	1,00	0,03	0,01	0,91	0,00
	Чувство опасности	0,47	1,00	0,47	0,16	0,70	0,01
	Экзальтация	2,85	1,00	2,85	0,58	0,45	0,03
	Иррациональность	0,64	1,00	0,64	0,48	0,50	0,02
	Мелочность	0,30	1,00	0,30	0,18	0,68	0,01
	Рефлексивность	0,60	1,00	0,60	0,16	0,69	0,01
	Чувство перегрузки	0,00	1,00	0,00	0,00	0,97	0,00
	Σ С.О.	7768,25	1,00	7768,25	0,70	0,41	0,04

	Страх, фобии	61,99	1,00	61,99	0,27	0,61	0,01
	Депрессивные расстройства	6,42	1,00	6,42	0,09	0,77	0,00
	Беспокойство, напряжение	2,78	1,00	2,78	0,02	0,88	0,00
	Нарушение сна	39,67	1,00	39,67	0,92	0,35	0,05
	Истерические расстройства	11,41	1,00	11,41	0,10	0,76	0,00
	Неврастенические расстройства	301,63	1,00	301,63	1,70	0,21	0,08
	Сексуальные расстройства	4,03	1,00	4,03	0,05	0,83	0,00
	Дереализация	21,68	1,00	21,68	0,25	0,62	0,01
	Навязчивости	12,67	1,00	12,67	0,19	0,66	0,01
	Трудности в социальных контактах	44,10	1,00	44,10	1,08	0,31	0,05
	Ипохондрические расстройства	50,05	1,00	50,05	1,30	0,27	0,06
	Психастенические нарушения	48,13	1,00	48,13	0,44	0,52	0,02
	Соматические нарушения	461,19	1,00	461,19	0,45	0,51	0,02
	Жизнестойкость	0,12	1,00	0,12	0,01	0,93	0,00
	Вовлеченность	4,22	1,00	4,22	0,72	0,41	0,04
	Контроль	0,02	1,00	0,02	0,01	0,94	0,00
	Принятие риска	3,42	1,00	3,42	0,91	0,35	0,05
	РН	7,46	1,00	7,46	1,53	0,23	0,07
	МН	0,08	1,00	0,08	0,01	0,91	0,00
Возраст * Группа	X-кон	36,53	2,00	18,26	1,05	0,37	0,10
	Чувство зависимости от окружения	14,63	2,00	7,32	0,93	0,41	0,09
	Астения	13,07	2,00	6,53	1,42	0,27	0,13
	Отрицательная самооценка	21,23	2,00	10,61	3,31	0,06	0,26
	Импульсивность	9,75	2,00	4,88	0,76	0,48	0,07
	Сложность принятия решений	4,00	2,00	2,00	0,72	0,50	0,07
	Отчужденность	3,20	2,00	1,60	0,54	0,59	0,05
	Демобилизация	2,31	2,00	1,15	0,16	0,85	0,02
	Рискованное поведение	4,11	2,00	2,06	0,95	0,40	0,09
	Сложность эмоциональных отношений	1,99	2,00	1,00	0,44	0,65	0,04
	Нехватка жизненной энергии	15,37	2,00	7,69	1,44	0,26	0,13

Уверенность в собственной жизненной беспомощности	8,58	2,00	4,29	0,69	0,52	0,07
Чувство отсутствия влияния	2,97	2,00	1,48	0,71	0,51	0,07
Отсутствие внутренней направленности	5,53	2,00	2,76	1,20	0,32	0,11
Склонность к представлениям, фантазиям	6,52	2,00	3,26	0,96	0,40	0,09
Чувство вины	6,44	2,00	3,22	0,82	0,46	0,08
Проблемы межличностных отношений	3,07	2,00	1,53	1,12	0,35	0,11
Зависть	10,06	2,00	5,03	1,95	0,17	0,17
Нарциссизм	10,82	2,00	5,41	2,17	0,14	0,19
Чувство опасности	2,67	2,00	1,33	0,44	0,65	0,04
Экзальтация	0,16	2,00	0,08	0,02	0,98	0,00
Иррациональность	0,78	2,00	0,39	0,30	0,75	0,03
Мелочность	1,01	2,00	0,50	0,30	0,75	0,03
Рефлексивность	2,06	2,00	1,03	0,28	0,76	0,03
Чувство перегрузки	1,14	2,00	0,57	0,16	0,86	0,02
Σ С.О.	13144,42	2,00	6572,21	0,59	0,56	0,06
Страх, фобии	336,35	2,00	168,18	0,72	0,50	0,07
Депрессивные расстройства	351,57	2,00	175,78	2,39	0,12	0,20
Беспокойство, напряжение	312,35	2,00	156,17	1,24	0,31	0,12
Нарушение сна	40,95	2,00	20,48	0,48	0,63	0,05
Истерические расстройства	45,87	2,00	22,93	0,19	0,83	0,02
Неврастенические расстройства	588,44	2,00	294,22	1,66	0,22	0,15
Сексуальные расстройства	276,68	2,00	138,34	1,71	0,21	0,15
Дереализация	4,14	2,00	2,07	0,02	0,98	0,00
Навязчивости	117,11	2,00	58,55	0,90	0,42	0,09
Трудности в социальных контактах	44,16	2,00	22,08	0,54	0,59	0,05
Ипохондрические расстройства	45,84	2,00	22,92	0,59	0,56	0,06
Психастенические нарушения	149,91	2,00	74,96	0,68	0,52	0,07
Соматические нарушения	230,29	2,00	115,15	0,11	0,89	0,01
Жизнестойкость	47,66	2,00	23,83	1,57	0,23	0,14
Вовлеченность	8,45	2,00	4,22	0,72	0,50	0,07

	Контроль	6,90	2,00	3,45	1,25	0,31	0,12
	Принятие риска	4,78	2,00	2,39	0,64	0,54	0,06
	РН	21,76	2,00	10,88	2,24	0,13	0,19
	МН	3,51	2,00	1,76	0,30	0,74	0,03
Пол * Возраст * Группа	Х-коп	0,28	1,00	0,28	0,02	0,90	0,00
	Чувство зависимости от окружения	1,10	1,00	1,10	0,14	0,71	0,01
	Астения	0,08	1,00	0,08	0,02	0,90	0,00
	Отрицательная самооценка	5,31	1,00	5,31	1,66	0,21	0,08
	Импульсивность	0,10	1,00	0,10	0,02	0,90	0,00
	Сложность принятия решений	0,09	1,00	0,09	0,03	0,86	0,00
	Отчужденность	1,63	1,00	1,63	0,55	0,47	0,03
	Демобилизация	0,19	1,00	0,19	0,03	0,87	0,00
	Рискованное поведение	4,80	1,00	4,80	2,22	0,15	0,10
	Сложность эмоциональных отношений	3,76	1,00	3,76	1,65	0,21	0,08
	Нехватка жизненной энергии	0,01	1,00	0,01	0,00	0,96	0,00
	Уверенность в собственной жизненной беспомощности	5,96	1,00	5,96	0,95	0,34	0,05
	Чувство отсутствия влияния	3,17	1,00	3,17	1,51	0,23	0,07
	Отсутствие внутренней направленности	0,30	1,00	0,30	0,13	0,72	0,01
	Склонность к представлениям, фантазиям	3,42	1,00	3,42	1,01	0,33	0,05
	Чувство вины	0,00	1,00	0,00	0,00	0,99	0,00
	Проблемы межличностных отношений	2,41	1,00	2,41	1,76	0,20	0,08
	Зависть	2,20	1,00	2,20	0,85	0,37	0,04
	Нарциссизм	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00
	Чувство опасности	5,42	1,00	5,42	1,81	0,19	0,09
	Экзальтация	0,92	1,00	0,92	0,19	0,67	0,01
	Иррациональность	0,71	1,00	0,71	0,54	0,47	0,03
	Мелочность	0,03	1,00	0,03	0,02	0,89	0,00
	Рефлексивность	7,75	1,00	7,75	2,10	0,16	0,10
	Чувство перегрузки	3,09	1,00	3,09	0,85	0,37	0,04
	Σ С.О.	26063,27	1,00	26063,27	2,35	0,14	0,11

	Страх, фобии	100,38	1,00	100,38	0,43	0,52	0,02
	Депрессивные расстройства	282,90	1,00	282,90	3,84	0,06	0,17
	Беспокойство, напряжение	645,19	1,00	645,19	5,12	0,04	0,21
	Нарушение сна	232,41	1,00	232,41	5,40	0,03	0,22
	Истерические расстройства	8,01	1,00	8,01	0,07	0,80	0,00
	Неврастенические расстройства	300,04	1,00	300,04	1,69	0,21	0,08
	Сексуальные расстройства	246,53	1,00	246,53	3,05	0,10	0,14
	Дереализация	54,67	1,00	54,67	0,63	0,44	0,03
	Навязчивости	190,01	1,00	190,01	2,91	0,10	0,13
	Трудности в социальных контактах	175,81	1,00	175,81	4,31	0,05	0,18
	Ипохондрические расстройства	198,92	1,00	198,92	5,16	0,03	0,21
	Психастенические нарушения	229,63	1,00	229,63	2,08	0,17	0,10
	Соматические нарушения	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00
	Жизнестойкость	24,08	1,00	24,08	1,59	0,22	0,08
	Вовлеченность	0,05	1,00	0,05	0,01	0,93	0,00
	Контроль	4,60	1,00	4,60	1,66	0,21	0,08
	Принятие риска	6,42	1,00	6,42	1,71	0,21	0,08
	РН	19,39	1,00	19,39	3,99	0,06	0,17
	МН	12,95	1,00	12,95	2,23	0,15	0,10
Ошибка	X-кон	330,35	19,00	17,39			
	Чувство зависимости от окружения	149,46	19,00	7,87			
	Астения	87,33	19,00	4,60			
	Отрицательная самооценка	60,90	19,00	3,21			
	Импульсивность	121,17	19,00	6,38			
	Сложность принятия решений	52,90	19,00	2,78			
	Отчужденность	56,67	19,00	2,98			
	Демобилизация	133,27	19,00	7,01			
	Рискованное поведение	41,17	19,00	2,17			
	Сложность эмоциональных отношений	43,23	19,00	2,28			
	Нехватка жизненной энергии	101,77	19,00	5,36			

Уверенность в собственной жизненной беспомощности	118,65	19,00	6,24			
Чувство отсутствия влияния	39,88	19,00	2,10			
Отсутствие внутренней направленности	43,67	19,00	2,30			
Склонность к представлениям, фантазиям	64,52	19,00	3,40			
Чувство вины	74,69	19,00	3,93			
Проблемы межличностных отношений	26,00	19,00	1,37			
Зависть	49,06	19,00	2,58			
Нарциссизм	47,38	19,00	2,49			
Чувство опасности	57,00	19,00	3,00			
Экзальтация	92,67	19,00	4,88			
Иррациональность	25,15	19,00	1,32			
Мелочность	32,17	19,00	1,69			
Рефлексивность	70,08	19,00	3,69			
Чувство перегрузки	69,35	19,00	3,65			
Σ С.О.	210594,96	19,00	11083,95			
Страх, фобии	4436,81	19,00	233,52			
Депрессивные расстройства	1400,27	19,00	73,70			
Беспокойство, напряжение	2394,77	19,00	126,04			
Нарушение сна	818,17	19,00	43,06			
Истерические расстройства	2270,54	19,00	119,50			
Неврастенические расстройства	3372,19	19,00	177,48			
Сексуальные расстройства	1536,67	19,00	80,88			
Дереализация	1658,38	19,00	87,28			
Навязчивости	1238,83	19,00	65,20			
Трудности в социальных контактах	775,23	19,00	40,80			
Ипохондрические расстройства	732,75	19,00	38,57			
Психастенические нарушения	2097,38	19,00	110,39			
Соматические нарушения	19401,52	19,00	1021,13			
Жизнестойкость	287,65	19,00	15,14			
Вовлеченность	110,75	19,00	5,83			

	Контроль	52,54	19,00	2,77			
	Принятие риска	71,31	19,00	3,75			
	РН	92,37	19,00	4,86			
	МН	110,41	19,00	5,81			
Всего	X-кон	7684,25	30,00				
	Чувство зависимости от окружения	2198,75	30,00				
	Астения	1678,00	30,00				
	Отрицательная самооценка	954,50	30,00				
	Импульсивность	2064,00	30,00				
	Сложность принятия решений	1291,75	30,00				
	Отчужденность	2110,75	30,00				
	Демобилизация	2281,50	30,00				
	Рискованное поведение	1103,00	30,00				
	Сложность эмоциональных отношений	1063,50	30,00				
	Нехватка жизненной энергии	2636,00	30,00				
	Уверенность в собственной жизненной беспомощности	1212,00	30,00				
	Чувство отсутствия влияния	1442,50	30,00				
	Отсутствие внутренней направленности	2033,50	30,00				
	Склонность к представлениям, фантазиям	979,50	30,00				
	Чувство вины	792,00	30,00				
	Проблемы межличностных отношений	745,00	30,00				
	Зависть	291,50	30,00				
	Нарциссизм	226,75	30,00				
	Чувство опасности	398,25	30,00				
	Экзальтация	1127,25	30,00				
	Иррациональность	211,25	30,00				
	Мелочность	715,00	30,00				
	Рефлексивность	618,00	30,00				
	Чувство перегрузки	526,75	30,00				
	Σ С.О.	2275841,00	30,00				

	Страх, фобии	25870,25	30,00				
	Депрессивные расстройства	9779,75	30,00				
	Беспокойство, напряжение	19715,25	30,00				
	Нарушение сна	5001,00	30,00				
	Истерические расстройства	9455,75	30,00				
	Неврастенические расстройства	23618,75	30,00				
	Сексуальные расстройства	8495,75	30,00				
	Дереализация	5156,25	30,00				
	Навязчивости	5877,75	30,00				
	Трудности в социальных контактах	5490,00	30,00				
	Ипохондрические расстройства	4885,50	30,00				
	Психастенические нарушения	9453,25	30,00				
	Соматические нарушения	166552,25	30,00				
	Жизнестойкость	34033,25	30,00				
	Вовлеченность	6344,50	30,00				
	Контроль	3653,00	30,00				
	Принятие риска	2106,75	30,00				
	РН	64265,34	30,00				
	МН	68137,19	30,00				
Скорректированный итог	X-коп	399,04	29,00				
	Чувство зависимости от окружения	189,74	29,00				
	Астения	137,17	29,00				
	Отрицательная самооценка	132,87	29,00				
	Импульсивность	191,70	29,00				
	Сложность принятия решений	69,34	29,00				
	Отчужденность	85,34	29,00				
	Демобилизация	181,47	29,00				
	Рискованное поведение	58,70	29,00				
	Сложность эмоциональных отношений	65,87	29,00				
	Нехватка жизненной энергии	151,70	29,00				

Уверенность в собственной жизненной беспомощности	167,70	29,00				
Чувство отсутствия влияния	55,30	29,00				
Отсутствие внутренней направленности	65,20	29,00				
Склонность к представлениям, фантазиям	115,47	29,00				
Чувство вины	100,80	29,00				
Проблемы межличностных отношений	44,17	29,00				
Зависть	83,47	29,00				
Нарциссизм	65,74	29,00				
Чувство опасности	106,84	29,00				
Экзальтация	112,24	29,00				
Иррациональность	36,04	29,00				
Мелочность	52,30	29,00				
Рефлексивность	97,17	29,00				
Чувство перегрузки	89,74	29,00				
Σ С.О.	287168,47	29,00				
Страх, фобии	5926,84	29,00				
Депрессивные расстройства	2400,74	29,00				
Беспокойство, напряжение	3822,24	29,00				
Нарушение сна	1348,97	29,00				
Истерические расстройства	2630,54	29,00				
Неврастенические расстройства	4693,34	29,00				
Сексуальные расстройства	2318,08	29,00				
Дереализация	1859,24	29,00				
Навязчивости	1759,34	29,00				
Трудности в социальных контактах	1289,17	29,00				
Ипохондрические расстройства	1211,37	29,00				
Психастенические нарушения	2926,38	29,00				
Соматические нарушения	29662,18	29,00				
Жизнестойкость	399,24	29,00				
Вовлеченность	152,47	29,00				

	Контроль	66,87	29,00				
	Принятие риска	97,74	29,00				
	РН	233,14	29,00				
	МН	187,18	29,00				
a. R-квадрат = ,172 (Скорректированный R-квадрат = -,264)							
b. R-квадрат = ,212 (Скорректированный R-квадрат = -,202)							
c. R-квадрат = ,363 (Скорректированный R-квадрат = ,028)							
d. R-квадрат = ,542 (Скорректированный R-квадрат = ,300)							
e. R-квадрат = ,368 (Скорректированный R-квадрат = ,035)							
f. R-квадрат = ,237 (Скорректированный R-квадрат = -,164)							
g. R-квадрат = ,336 (Скорректированный R-квадрат = -,013)							
h. R-квадрат = ,266 (Скорректированный R-квадрат = -,121)							
i. R-квадрат = ,299 (Скорректированный R-квадрат = -,070)							
j. R-квадрат = ,344 (Скорректированный R-квадрат = -,002)							
k. R-квадрат = ,329 (Скорректированный R-квадрат = -,024)							
l. R-квадрат = ,293 (Скорректированный R-квадрат = -,080)							
m. R-квадрат = ,279 (Скорректированный R-квадрат = -,101)							
n. R-квадрат = ,330 (Скорректированный R-квадрат = -,022)							
o. R-квадрат = ,441 (Скорректированный R-квадрат = ,147)							
p. R-квадрат = ,259 (Скорректированный R-квадрат = -,131)							
q. R-квадрат = ,411 (Скорректированный R-квадрат = ,101)							
r. R-квадрат = ,412 (Скорректированный R-квадрат = ,103)							
s. R-квадрат = ,279 (Скорректированный R-квадрат = -,100)							
t. R-квадрат = ,467 (Скорректированный R-квадрат = ,186)							
u. R-квадрат = ,174 (Скорректированный R-квадрат = -,260)							
v. R-квадрат = ,302 (Скорректированный R-квадрат = -,065)							
w. R-квадрат = ,385 (Скорректированный R-квадрат = ,061)							
x. R-квадрат = ,279 (Скорректированный R-квадрат = -,101)							
y. R-квадрат = ,227 (Скорректированный R-квадрат = -,180)							
z. R-квадрат = ,267 (Скорректированный R-квадрат = -,119)							
aa. R-квадрат = ,251 (Скорректированный R-квадрат = -,143)							
ab. R-квадрат = ,417 (Скорректированный R-квадрат = ,110)							
ac. R-квадрат = ,373 (Скорректированный R-квадрат = ,044)							
ad. R-квадрат = ,393 (Скорректированный R-квадрат = ,074)							
ae. R-квадрат = ,137 (Скорректированный R-квадрат = -,317)							
af. R-квадрат = ,281 (Скорректированный R-квадрат = -,097)							
ag. R-квадрат = ,337 (Скорректированный R-квадрат = -,012)							
ah. R-квадрат = ,108 (Скорректированный R-квадрат = -,361)							
ai. R-квадрат = ,296 (Скорректированный R-квадрат = -,075)							
aj. R-квадрат = ,399 (Скорректированный R-квадрат = ,082)							
ak. R-квадрат = ,395 (Скорректированный R-квадрат = ,077)							
al. R-квадрат = ,283 (Скорректированный R-квадрат = -,094)							
am. R-квадрат = ,346 (Скорректированный R-квадрат = ,002)							
an. R-квадрат = ,280 (Скорректированный R-квадрат = -,100)							
ao. R-квадрат = ,274 (Скорректированный R-квадрат = -,109)							
ap. R-квадрат = ,214 (Скорректированный R-квадрат = -,199)							
aq. R-квадрат = ,270 (Скорректированный R-квадрат = -,114)							
ar. R-квадрат = ,604 (Скорректированный R-квадрат = ,395)							
as. R-квадрат = ,410 (Скорректированный R-квадрат = ,100)							

Приложение 8

Таблица силы эффекта по J.Cohen'у

Интерпретация коэффициента Козна	Сила эффекта	Процентиль	Процент перекрываемости выборки
	2,0	97,7	81,10%
	1,9	97,1	79,40%
	1,8	96,4	77,40%
	1,7	95,5	75,40%
	1,6	94,5	73,10%
	1,5	93,3	70,70%
	1,4	91,9	68,10%
	1,3	90,0	65,30%
	1,2	88,0	62,20%
	1,1	86,0	58,90%
	1,0	84,0	55,40%
	0,9	82,0	51,60%
Сильная	0,8	79,0	47,40%
	0,7	76,0	43,00%
	0,6	73,0	38,20%
Средняя	0,5	69,0	33,00%
	0,4	66,0	27,40%
	0,3	62,0	21,30%
Малая	0,2	58,0	14,70%
	0,1	54,0	7,70%
	0,0	50,0	0,00%